

PATHOCHARAKTEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

AN SUICIDALEN

von

ROLF BAER

Mainz 1965

PATHOCHARAKTEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

AN SUICIDALEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

ROLF BAER

aus Trier

MAINZ 1965



Dekan: Professor Dr.med. K. Thomsen

Referent: Professor Dr.med.Dr, phil.
N. Petrilowitsch

Korreferent: Professor Dr.med. H. Kranz

Tag der mündl.Prüfung: 2. Februar 1965

Gesamtherstellung: Ditters Bürodienst Mainz



I N H A L T

	Seite
Einleitende Bemerkungen	1
Literaturübersicht	2
Teil I: Ergebnisse pathocharakterologischer Untersuchungen an 100 Suicidalen	7
1. Typus pseudo-nihilistischer Lebenshaltung Jugendlicher ..	7
2. Typus des kontaktgestörten Jugendlichen	10
3. Typus verzweifelt-kurzschlüssiger Reaktionsweise	12
4. Typus primitiv-kurzschlüssiger Reaktionsweise	14
5. Reaktionstypus bei verminderter Vitalität	16
6. Typus des Asthenisch-Hypochondrischen	19
7. Typus des Willenlosen	21
8. Typus des Selbstunsicheren	23
9. Der suicide Alkoholiker	24
Teil II: Statistische Ergebnisse der 400 Fälle	27
1. Psychopathologische Diagnosen	27
2. Altersverteilung	31
3. Geschlechterverteilung	34
4. Familienstand	36
5. Bildungsgrad und Beruf	39
6. Mittel	41
7. Besondere Aspekte bei Suiciden und Suicidversuchen	44
8. Psychologische Motivstatistik	47
9. Erläuterung der statistischen Methoden	50
Literaturverzeichnis	54

EINLEITENDE BEMERKUNGEN

Die vorliegenden pathocharakterologischen Untersuchungen stützen sich auf 400 in die Nervenlinik der Universität Mainz nach einem Selbstmordversuch eingelieferte Patienten. Für den typologischen Teil explorierten wir in den Jahren 1962 und 1963 100 nichtpsychotische suicidale Kranke. Für den statistischen Teil sahen wir zusätzlich die Krankenblätter von 300 ebensolchen Fällen durch, die in den Jahren 1958, 1959 und 1960 in dieser Klinik stationär behandelt worden waren. Der statistische Teil beruht demnach auf 400 Fällen.

Im typologischen Teil wird versucht, anhand gemeinsamer Persönlichkeitszüge oder Reaktionsweisen Typen, wie sie sich uns dargeboten haben, zu beschreiben. Deren Benennung lehnt sich bei Vorhandensein eines psychopathologischen Befundes an die dementsprechende Nomenklatur an. Bei einer großen Zahl von Patienten waren aber keine größeren psychopathologischen Symptome nachweisbar. Diese im wesentlichen noch in der Streubreite der Durchschnittsnorm liegenden Persönlichkeiten wurden nach ihrer Reaktionsweise typisiert, was bei der Bezeichnung dieser Gruppen entsprechend zum Ausdruck kam, während bei den übrigen die Charaktereigenschaften im Vordergrund der Betrachtungsweise standen.¹⁾

Bereits seit längerem getroffene Unterscheidungen wie Suicid und Suicidversuch, ernsthafte und unernsthafte Suicidversuche, Appellhandlungen, Fluchthandlungen, Kurzschlußhandlungen, Bilanzselbstmord u.dgl. haben allein keinen typologischen Aussagewert. Sie ziehen sich deshalb wuer durch unsere Typen als zusätzliche, aber für sich allein nicht typenspezifische Merkmale.

Eine Erweiterung des vorgelegten Versuches einer Typologie nichtpsychotischer suicidaler Persönlichkeiten ist vor allem hinsichtlich der verschiedenen Psychopathieformen möglich. Wir beschränken uns auf die unter unseren 100 explorierten Fällen angetroffenen Formen.

Die einzelnen Typen ergaben sich bei induktiver Arbeitsweise aus dem vor-

-
- 1) E.KRETSCHMER (Der sensitive Beziehungswahn, S.25-41) legt seiner Reaktionstypologie ebenfalls die Reaktionsform als Einteilungsprinzip zugrunde. Er gliedert in Primitivreaktionen bei Explosiblen und Haltlosen, Verbrechern, Triebmenschen, Impulsiven; in Expansivreaktionen bei ausgesprochen sthenischen Charakteren; und schließlich in Sensitivreaktionen bei gewissenhaften, feinfühligen, unsicheren Persönlichkeiten.

handenen Material. Das hatte zur Folge, daß auf eine durchgehende charakterologische Systematik der Typologie bisweilen zugunsten von pragmatischen Gesichtspunkten verzichtet wurde. Es fanden deshalb neben den überwiegend charakterologischen auch einige soziologische Aspekte Eingang in die Darstellung.

Im statistischen Teil gelangten diejenigen Angaben aus den Krankenblättern zur Auswertung, bei denen hinsichtlich einer Reihe von Faktoren ein Vergleich mit den von uns selbst explorierten Fällen möglich war. Dieser Teil soll einen soziologischen und psychopathologischen Hintergrund für den typologischen Abschnitt darstellen. Die für die genannten Jahre und für das Einzugsgebiet der Mainzer Universitätsklinik geltenden Ergebnisse wurden dabei mit denen verschiedener Autoren verglichen, die an anderen Orten und zu anderen Zeiten gearbeitet haben.

Den beiden Teilen der Arbeit sei eine Literaturübersicht zur Einführung in die Problematik des Selbstmordes und Selbstmordversuches vorangestellt.

LITERATURÜBERSICHT

Das Selbstmordproblem wurde bereits häufig und mit verschiedenen Methoden wissenschaftlich angegangen. Es finden sich in der Literatur aber zwei Hauptakzente: die statistisch-soziologische und die psychopathologische Betrachtungsweise. Dem haben auch wir in unserer Untersuchung Rechnung getragen.

E. STENGEL¹⁾ legt besonderen Wert auf die getrennte Verwendung der Begriffe Selbstmord und Selbstmordversuch. Er kritisiert die untergeordnete Rolle, die der Selbstmordversuch in der Untersuchung über Selbstmordhandlungen bisher gespielt hat und meint, das sei für die Soziologie und unter anderem Aspekt für die pathologische Anatomie verständlich, der Kliniker habe sich paradoxerweise aber ebenfalls nicht in der Hauptsache mit den nach einem Selbstmordversuch Überlebenden wissenschaftlich beschäftigt. STENGEL führt das darauf zurück, daß der Selbstmordversuch nur auf den mißlungenen Selbstmord reduziert zu werden pflegt und deshalb weniger interessant erschien als eine "geglückte" oder "erfolgreiche" Selbstmordhandlung. Daher wurde in Fragestellung und Methodik bei Untersuchungen über Selbstmord und Selbstmordversuch weitgehend kein Unterschied gemacht.

1) E. STENGEL, Selbstmord und Selbstmordversuch, S. 60.

Die auch für den Laien wohl interessanteste Frage im Zusammenhang mit dem Selbstmordgeschehen ist die nach dem Motiv. Aber besonders hierbei sind Unterscheidung und Klärung notwendig.

E.RINGEL¹⁾ sieht im Motiv den Anlaß zur Selbstmordhandlung, in der gesamten vorangegangenen individuellen Entwicklung deren Ursache. Das Motiv gewährt seiner Meinung nach nur einen Einblick in einen kurzen Zeitabschnitt des Schicksals der handelnden Persönlichkeit, eben den des Selbstmordes. Mit dieser Betrachtungsweise wird man aber dem Selbstmord nicht gerecht. RINGEL stellt deshalb eine jedem Selbstmord vorangehende langdauernde Entwicklung zum Selbstmord in den Vordergrund seiner Untersuchungen und stellt fest, daß der Selbstmord keine bloße Reaktion auf irgendwelche Schwierigkeiten und Umstände ist, sondern vielmehr als Abschluß einer allmählich sich entwickelnden und steigenden Verhaltensweise der gesamten Persönlichkeit angesehen werden muß. Erst durch diese Entwicklung gerät der Mensch in eine Verfassung, die es verschiedenen Faktoren gestattet, zum Motiv eines Selbstmordversuches zu werden.

H.W.GRUHLE²⁾ äußert sich sehr kritisch darüber, ob den in Erfahrung gebrachten Motiven überhaupt eine wissenschaftliche Verwertbarkeit zukommt. Er meldet schwere methodische Bedenken an, ob man die Motive der Selbstmorde in Form einer Statistik sammeln soll. GRUHLE betont die große Willkür, die darin besteht, daß man zumeist darauf angewiesen ist, die Angaben des Geretteten oder in vollendeten Fällen die seiner Angehörigen zu glauben, ohne sie nachprüfen zu können, oder daß der in Erfahrung gebrachte letzte Anlaß ein zufälliger oder bloß vordergründiger war.

Über die vorherrschende ältere Auffassung über die allgemeinen Bedingungen des Selbstmordes berichtet GRUHLE ebenfalls: "HUDTWALCKER sieht als Ursache vermehrter Selbstmorde, wie viele Autoren älterer Zeit (1827), Mangel an Religiosität und vermehrtes Sittenverderbnis."³⁾

Einen Eindruck, den wohl jeder Untersucher bezüglich der Motive hat, gibt P. FEUDELL wieder: "Übersieht man alle unsere Fälle, so resultiert als Gesamteindruck das Erstaunen über die Banalität der Gründe und über die Leichtfertigkeit des Entschlusses zum Selbstmord. Eine auftretende schwierige oder peinliche Situation wurde nicht bewältigt, der Affekt überstimmte die Ver-

1) E.RINGEL, Der Selbstmord, S.11 ff.

(2) H.W.GRUHLE, Selbstmord, S.70.

(3) H.W.GRUHLE, a.a.O., S.69.

nunft, die Versuchung eines Selbstmordversuches mit den erreichbaren Mitteln war zu groß." 1)

Gleichwie, ob man den Angaben des Patienten in den meisten Fällen Glauben schenkt oder ob man ihnen, besonders bezüglich des Motivs, nur relativen Wert beimißt, immer wird das Motiv wohl als Schlüssel zu Struktur und Entwicklung der suicidalen Persönlichkeit gelten können.

Und eben diese Entwicklung hat E.RINGEL besonders eingehend untersucht. Er beschreibt ausführlich die verschiedenen Möglichkeiten einer Traumatisierung. Er hat beobachtet, daß die Lebensgeschichte der Selbstmörder in der Mehrzahl der Fälle eine Aneinanderreihung und Häufung von traumatisierenden Erlebnissen aufweist.²⁾ Dabei werden bevorzugt die Möglichkeiten des Scheiterns des Individuums in seiner Umwelt dargestellt und weniger die individuelle Weise der charakterologischen Verarbeitung der Erlebnisse.

Diese Traumatisierung trägt nach RINGEL, wenn sie einmal im Gange ist, auch eine eigene dynamisch-verstärkende Wirkung in sich.³⁾ Pessimismus, vorgefaßte Meinungen, Angst und Unsicherheit belasten als begleitende Eigenschaften den Gang des Lebens.

RINGEL kommt in diesem Zusammenhang zu der für die Frage nach der Disposition zu suicidalen Handlungen relevanten Feststellung, daß diese Traumen nicht so sehr von außen als unvermeidliche Schicksalsschläge auf diese Menschen zukommen, sondern häufig durch eine falsche Haltung der Persönlichkeit von dieser selbst herbeigeführt werden, wobei aus Überempfindlichkeit im Grund harmlose Geschehnisse in ihrer traumatisierenden Bedeutung gesteigert werden können.⁴⁾ Folglich betrachtet RINGEL den Selbstmord als "Abschluß einer Fehlentwicklung", wobei aus der langen Reihe der in der Vorgeschichte stattgefundenen traumatisierenden Ereignisse irgendeines schließlich zum Motiv des Selbstmordes wird. "Niemals aber kann ein vereinzelt Trauma Ursache des Selbstmordes sein, sondern es ist nur imstande, den latenten inneren Zusammenbruch manifest zu machen."⁵⁾

Er postuliert schließlich als Endstufe dieser Fehlentwicklung ein präsuicidales

1) P.FEUDELL, Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen, S.151.

2) E.RINGEL, a.a.O., S.34.

3) E.RINGEL, a.a.O., S.35.

4) E.RINGEL, a.a.O., S.81.

5) E.RINGEL, a.a.O., S.82.

Syndrom, bestehend aus größerer Einengung der Interessensphären und Erlebnismöglichkeiten, verstärkter Aggression und Flucht in die Phantasiewelt.

Auch K.LEONHARD spricht von einer "psychologischen Entwicklung zum Selbstmord". Er stellt ebenfalls fest, daß Suicide fast nie aus einem einmaligen, wenn auch schwerwiegenden Erlebnis heraus entstehen. Er setzt vielmehr eine psychologische Entwicklung dazu voraus, die nötig ist, um Affekten so große Durchschlagskraft zu verleihen, daß sie eine unmittelbare Lebensgefahr herbeiführen können. Dies geschieht nicht durch eine einfache Summierung, sondern die Intensität der Gefühle verstärkt sich durch ein ständiges Schwanken zwischen zwei Polen, zwischen Hoffnung und Enttäuschung, zwischen Erfüllung und Versagung, was besonders beim Selbstmord aus erotischer Enttäuschung deutlich wird.¹⁾

Neben der Unterscheidung zwischen Suicid und Suicidversuch ist zu trennen zwischen ernsthaften und unernsthaften suicidalen Handlungen, wobei Suicid und ernsthafte Handlung einerseits und Suicidversuch und unernsthafte Handlung andererseits nicht immer zwangsläufig zusammengehören. Ein nicht ernstgemeinter Versuch kann durch Fehlberechnung oder Ungunst der Umstände als Suicid enden und war doch unernsthaft und umgekehrt werden viele ernstgemeinte Versuche durch erfolgreiche klinische Behandlung vor dem letalen Ausgang bewahrt.

Die Unterscheidung zwischen diesen Sachverhalten ist im konkreten Einzelfall für den Untersucher außerordentlich schwer. Auf die zu beurteilenden, fast immer von starken Gefühlen begleiteten unernsthaften suicidalen Handlungen kann ein Wort von Ph.LERSCH angewandt werden:

"Der Unterschied des unechten Gefühls vom geheuchelten, erlogenen ist klar. Der Mensch hat im unwahren Verhalten gar nicht den Willen, das wirklich zu erleben, was er nach außen hin darstellt. Seine Erscheinung will gar nicht innerlich fundiert, also Ausdruck sein. Vielmehr besteht beim Heuchler und Lügner eine bewußt gewollte Verschiedenheit zwischen seinem Innerlichkeitsgehalt und seiner Erscheinung. Der Mensch im unechten Gebaren aber möchte von außen gewisse Innerlichkeitsgehalte anregen, ohne es freilich zu können, aber auch ohne auf die Darstellung eines bestimmten Außenbildes zu verzichten." ²⁾

Übertragen auf unsere Problematik bedeutet das, daß dann, wenn das darge-

1) K.LEONHARD, Psychologische Entwicklung zum Selbstmord, S.17.

2) Ph.LERSCH, Das Problem der Echtheit, S.156.

stellte Außenbild, der Suicidversuch, in direkter Beziehung den Innerlichkeitsgehalten einer akuten Problematik entspricht, Echtheit des Fühlens und Ernsthaftigkeit des Wollens vorhanden sind. Sobald es aber mehr auf das dargestellte Außenbild ankommt, sobald eine Umwelt angesprochen werden soll - wobei man zuweilen durchaus deren Antwort erleben, folglich nicht sterben will - sobald die direkte Verwurzelung des Außenbildes in der Innerlichkeit gebrochen wird durch Zwecke, Wünsche, Szenen, Demonstrationen, ist mindestens Unechtheit, zuweilen auch Heuchelei, auf jeden Fall aber Unernsthaftigkeit des Handelns gegeben. Hier bestehen Beziehungen zur psychogenen (sog. "hysterischen") Reaktion, die sich zeigen kann, wenn der Mensch in Not geraten ist und sich bedroht glaubt, also um Zusammenhang mit Schreck-erlebnissen und Befürchtungen, aber auch im Gefolge von Wunschregungen, um einen geliebten Menschen zu binden oder um sich in den Mittelpunkt sorgender Bemühungen zu stellen (PETRILOWITSCH).¹⁾

Lassen wir P.FEUDELL ein abschließendes Wort sprechen: "Der Selbstmordversuch stellt sich in der Mehrzahl nicht als Beispiel der Fülle menschlicher Möglichkeiten, sondern als das Ergebnis eines Mangels an Möglichkeiten dar. Er entspringt im Tiefsten einer oft an das Pathologische streifenden Einengung der Anpassungsfähigkeit an reale und erfüllbare Lebensnotwendigkeiten und der eingeschränkten Möglichkeit zur Gestaltung sozialer Beziehungen. Damit ist aber zugleich gesagt, daß der Selbstmordversuch ein Problem der Psychopathologie ist."²⁾

1) N.PETRILOWITSCH, Zur Auflösung des Hysteriebegriffes, S.165.

2) P.FEUDELL, a.a.O., S.151.

TEIL I:

ERGEBNISSE PATHOCHARAKTEROLOGISCHER UNTERSUCHUNGEN
AN 100 SUICIDALEN

1.

Typus pseudo-nihilistischer Lebenshaltung Jugendlicher

Unter jungen Menschen ist zuweilen eine Einstellung zum Leben anzutreffen, die meist nihilistisch genannt wird, oder, in einer moderneren Variation, existentialistisch, ohne daß die jene Bezeichnung selbst gebrauchenden Jugendlichen in der Regel deren philosophische Bedeutung voll erfassen. Der noch unreife Mensch steht vor einer Reihe unverarbeiteter Probleme, die bestehende Insuffizienz bei deren Bewältigung wird nicht eingestanden, sondern getarnt mit philosophischen Wendungen. Bietet das Leben Schwierigkeiten, so hat es angeblich keinen Sinn mehr und man sagt, es sei doch lediglich eine konsequente Handlung, dieses Leben zu beenden.

Es erscheint uns berechtigt, hier von pseudo-nihilistischer Lebenshaltung zu sprechen und derartige suicidal gewordene Persönlichkeiten als Typus zu beschreiben. Hierbei handelt es sich um eine Modifikation abnormer Persönlichkeitshaltung im Sinne von H. MÜLLER-SUUR.¹⁾ Er hält die für die Beziehungen zwischen abnormer Reaktion und abnormer Persönlichkeit geltenden Begriffe für nicht ausreichend. Auf der Seite der Reaktion unterscheidet man abnorme Erlebnisreaktion und abnorme Hintergrundreaktion, wobei letztere die persönlichkeitsdifferentere ist. Auf der Seite der Persönlichkeit steht diesen Begriffen nur der der abnormen Persönlichkeitsartung gegenüber. Mit abnormer Persönlichkeitshaltung bezeichnet MÜLLER-SUUR nun die Abnormität derjenigen persönlichkeitsdifferenten Hintergrundreaktionen, bei denen die Diagnose abnorme Persönlichkeitsartung noch nicht zutrifft. Er fügt also zwischen abnormer Hintergrundreaktion und abnormer Persönlichkeitsartung noch als zusätzliche Unterscheidung die abnorme Persönlichkeitshaltung ein. Es ergibt sich demnach die folgende, von der Reaktion zur Persönlichkeit gespannte Reihe: "Das Schwergewicht der Abnormität kann liegen: 1. direkt in der Reaktion selbst, 2. im Erlebnishintergrund der Reaktion, 3. in der Persönlichkeitshaltung und 4. in der Persönlichkeitsartung."²⁾

1) H. MÜLLER-SUUR, Erlebnishintergrund und Persönlichkeitshaltung.

2) Nach H. MÜLLER-SUUR, a. a. O., S. 432.

Diese Überlegungen treffen für vier unserer Fälle zu, von denen die folgenden drei erwähnt seien.

Die 24-jährige Philologie-Studentin Dorothea S. hatte vor einigen Monaten ihre seit drei Jahren bestehende Verlobung gelöst. Ihr Verlobter habe "in rührender Weise" versucht, sie in das "normale bürgerliche Leben" zurückzuführen. Sie habe aber nicht darauf verzichten wollen; morgens nicht aufzustehen, die Vorlesungen kaum zu besuchen und ihr Geld unüberlegt auszugeben. Die Auflösung der Verlobung sei angeblich erfolgt, weil "keine echte Gemeinschaft" mehr bestanden habe; nachträglich bezeichnete sie ihr Verhalten aber als Versagen. Sie wechselte den Studienort und mietete in dem gleichen Haus ein Zimmer, in dem ein früherer Bekannter, ein Physikstudent, wohnte. Dieser hatte ihr unter Angabe eines genauen Datums von seinem geplanten Selbstmord berichtet. Die Patientin, die behauptete, sie sei, genau wie ihr Bekannter, "durch und durch Nihilist", diskutierte nun nächtelang mit diesem "über den Sinn des Lebens". Sie sei nur in dieses Haus gezogen, um ihn von seinem Vorhaben abzubringen. Er habe sie in einen großen Zwiespalt gebracht. Einerseits könne sie seine bestechende Logik von der Sinnlosigkeit des Lebens nicht widerlegen, andererseits meine sie, daß er am Leben bleiben müsse. Sie konnte sich aber nicht entscheiden und vertraute sich ihrer Mutter an, die wiederum die Eltern des Bekannten verständigte. Sie meint, sie habe somit Verrat geübt. Sie habe kein Recht, den Tod ihres Bekannten zu verhindern, sie habe seinen Todeswunsch sabotiert. Er wurde von seinen Eltern abgeholt und äußerte dabei, das "Frauenzimmer" lasse ihn nicht in Ruhe. Sie beging daraufhin einen Suicidversuch mit 50 Tabletten Veronal und 5 Tabletten Medomin. Diese Vorgänge bezeichnet sie aber nur als äußeren Anlaß. Sie habe mit 12 Jahren den ersten Suicidversuch begangen und der jetzige sei schon lange vor diesen Vorfällen geplant gewesen. Sie befinde sich seit längerem in einer "Leistungskrise" und frage sich dabei häufig, warum sie eigentlich noch lebe, zumal, da sie von der Sinnlosigkeit nicht nur ihres Daseins, sondern des Lebens überhaupt überzeugt sei. - Die unreif wirkende Patientin fand noch keinen selbständigen Halt im Leben. Mangelhafte Bindungsfähigkeit führte zur Auflösung der Verlobung; hinzu kam das Mißlingen ihrer Bemühungen um den Bekannten. Die Enttäuschungen darüber müssen als Ursache des Suicidversuches ebenso erwogen werden wie der angebliche Nihilismus, der aber zur Verschleierung des eigenen Scheiterns vorgeschoben wird. Nun kann aber der Mensch auch seelisch krank werden durch die Frustration seines Sinnanspruches an das Dasein. Das Sinnlosigkeitsgefühl bei dem Bemühen, möglichst viel Sinn in das Dasein zu investieren, das Scheitern in dem Bestreben des Menschen, die ihm angemessenen

Werte zu verwirklichen, wird mit V.E.FRANKL "existentielle Frustration" genannt.¹⁾ Die Problematik der Persönlichkeitshaltung dieser Patientin dürfte sich wohl am ehesten aus dieser Sicht heraus verstehen lassen.

Die 19-jährige Kunststudentin Hanne E. las mit 16 Jahren mit Vorliebe Nietzsche und Dostojewski. Sie fühlte sich damals als "Intellektuelle" und diskutierte mit Freunden häufig über die "absolute Freiheit". Auch sie spricht von nihilistischer Grundhaltung zum Leben. Damals hatte sie bereits Selbstmordgedanken. Sie überlege darin "völlig logisch". Jetzt war durch ihre Schuld die Freundschaft mit einem 23-jährigen Griechen zu Ende gegangen, weil sie häufig unangenehme, mit ausfallenden Bemerkungen einhergehende Eifersuchtsszenen provoziert hatte. Ihr Freund habe ihre "Flirts" mit anderen Männern nicht geduldet, was sie als "Untergrabung ihrer Persönlichkeit" auffaßte. Der Abbruch der Freundschaft sei aber nur der äußere Anlaß zu dem daraufhin erfolgten Suicidversuch mit 40 Schlaftabletten gewesen. Der eigentliche Grund sei eine seit mehreren Monaten bestehende Unlust in allen Bereichen ihres Lebens gewesen. Es fand sich jedoch kein Anhalt für eine Depression. In charakterlicher Hinsicht wirkte die Patientin willensschwach und infantil.

Der 18-jährige T. ist Sohn eines Chinesen, seine Mutter ist eine Deutsche. T. besucht hier eine Ingenieurschule. Der Patient gibt an, immer schon ernst und melancholisch gewesen zu sein. Er habe Interesse für Philosophie und Literatur. In der Welt und in seinem Leben habe er noch nie einen Sinn gesehen und deshalb habe er jetzt einen Suicidversuch mit einer größeren Anzahl Schlaftabletten begangen. Seine unglückliche Zuneigung zu einer im gleichen Hause wohnenden verheirateten Frau habe dazu nicht wesentlich beigetragen. Die Vorhaltungen seiner Eltern wegen seines häufigen Aufenthaltes in der Wohnung dieser Frau hätten nur als letzter Anstoß für den Suicidversuch gewirkt.

Jugendliches Alter und bestimmte Grundzüge der Persönlichkeitshaltung sind diesen Fällen gemeinsam. Im Leben konnten die richtigen Wurzeln noch nicht geschlagen werden; ein auftretender größerer Konflikt bringt den schwach befestigten Lebensbaum schnell ins Wanken. Schwäche und Versagen werden umgedeutet mit kaum begriffenen literarisch-philosophischen Gedankengängen. Der allgemeine Sinn des Lebens wird dem des eigenen gleichgesetzt und von diesem her interpretiert, gefärbt von den Erlebnissen des Alltags. Die Zusammenhänge zwischen Suicidversuch und chronischem

1) V.E.FRANKL, Theorie und Therapie der Neurosen, S.120.

Konflikt werden bagatellisiert, der Suicidversuch wird vom Patienten selbst dargestellt als selbstverständliche Konsequenz aus der eigenen Persönlichkeitshaltung.

PETRILOWITSCH erwähnt die Gefahren, die dem Jugendlichen durch die Vielzahl der auf ihn einströmenden Reize, die er zu verarbeiten hat, erwachsen. Seine Wertorientierung ist noch schwankend und so bereitet die Auswahl des Neuen Schwierigkeiten. Als Abwehr-Haltung kann sich dann zuweilen "Blasiertheit" als ein Symptom einer Reifungskrise entwickeln. Besonders mit dem "forciert antriebsgeminderten, blasierten Typus" haben unsere hier genannten Fälle gewisse gemeinsame Züge.¹⁾

2.

Typus des kontaktgestörten Jugendlichen

Unbestritten ist der Einfluß des sogenannten "broken home" auf Persönlichkeitsentwicklung und Suicidgefährdung Jugendlicher (E.RINGEL, E.STENGEL u. a.). Auch unter unseren Fällen befindet sich eine Gruppe Jugendlicher, deren Suicidversuch in seiner Kausalität letzten Endes darauf zurückzuführen ist, daß der Kontakt zu Vater oder Mutter oder zu beiden gestört war oder durch ein besonderes Schicksal nicht zur Entfaltung kommen konnte.

Wir berichten zunächst zusammenfassend über zwölf suicidal gewordene Jugendliche, fünf männliche und sieben weibliche. In vier Fällen hatten die Patienten kein Elternhaus mehr, weil der Stiefvater den Stiefsohn nicht in die Familie aufnahm, oder weil die Mutter bei der Geburt des Kindes verstarb und der Vater sich nicht um das Kind kümmerte oder aber später auch verstarb. In einem Fall waren die Eltern geschieden und der Vater vernachlässigte das bei der Mutter aufwachsende Kind. In sieben weiteren Fällen war die Familiengemeinschaft wohl äußerlich intakt, der Heranwachsende vermißte aber jeglichen inneren Kontakt zu einem oder beiden Elternteilen, wurde durch Furcht vor ungerechter Strenge des Vaters zu Fehlhandlungen getrieben oder suchte vergebens elterlichen Ratschlag bei aufkommenden Konflikten und Problemen.

Bei diesen zwölf Jugendlichen konnten hauptsächlich zwei Entwicklungsrichtungen beobachtet werden, die zusammen oder getrennt auftraten.

Die eine besteht darin, daß der ohne harmonische Familiengemeinschaft Her-

1) N.PETRILOWITSCH, Zur Psychologie und Psychopathologie der Blasiertheit, S.62-65.

anwachsende das Gefühl verlieren oder gar nicht erst gewinnen kann, einen ihm zugehörigen, von anderen ihm gewünschten Platz einzunehmen und an diesem für andere einen Wert darzustellen. Es kann sich kein "Standortbewußtsein" entwickeln (PETRILOWITSCH). Er spürt oft, daß man ihn ganz im Gegenteil los werden will, daß er bei Wiederverheiratung des für ihn sorgenden Elternteils in der neuen Familiengemeinschaft stört oder Verwandten, die ihn versorgen, zur Last fällt. Man zeigt ihm, wie überflüssig er ist und das läßt ihn bei einem hinzukommenden äußeren Konflikt den Gedanken an Selbstmord leichter fassen.

Die andere Entwicklungsrichtung besteht in einem sich unter Verwahrlosung vollziehenden Ableiten in Verfehlungen und die Furcht vor deren Folgen führt dann zum Suicidversuch. So hatten drei unserer Patienten finanzielle Unkorrektheiten begangen, eine 18-jährige Patientin war in schlechte Gesellschaft geraten und beging einen Suicidversuch aus Furcht, sie würde ein "Gasenmädchen" genannt und das käme dann ihren sehr strengen Eltern zu Ohren.

Schließlich sei als dritte Feststellung noch erwähnt, daß gerade diese kontaktgestörten Jugendlichen in besonderem Maße dazu neigen, mit demonstrativen Suicidversuchen Aufmerksamkeit, Mitleid oder gar ein wenig Liebe ihrer Umgebung zu erlangen.

Als Beispiel sei für jede dieser drei Beobachtungen ein besonders deutlicher Fall angeführt.

Die 17-jährige Hausgehilfin Rita W. verlor ihre Mutter bei ihrer Geburt, ihr Vater starb vor einigen Jahren. Sie wurde von ihrer um 14 Jahre älteren verheirateten Schwester aufgezogen, mit der sie sich aber nur schlecht vertrug. Als sie wegen eines Freundes häufig erst nach Mitternacht nach Hause kam, entstanden darüber zwischen den beiden Schwestern erregte Auseinandersetzungen, in deren Verlauf die Patientin von ihrer Schwester als "Hure" beschimpft wurde. Sie drohte daraufhin mit Selbstmord und erhielt zur Antwort, sie solle das nur tun, man sei sie dann endlich los. Im Anschluß daran beging sie einen Suicidversuch durch Verletzungen mit einem Küchenmesser und durch versuchte Strangulation mit einem Schal.

Die Eltern des 22-jährigen Banklehrlings Achim C. sind seit vielen Jahren geschieden. Seither hat er kein Zuhause, da sich nach der Wiederverheiratung seiner Mutter sein Stiefvater weigert, ihn bei sich aufzunehmen. Der Patient entwendete in der Bank, in der er lernte, einen größeren Geldbetrag. Es stand ein Gerichtsverfahren bevor. Zur gleichen Zeit kühlte sich das Ver-

hältnis zu seiner Freundin ab, da deren Eltern seine noch nicht abgeschlossene Berufsausbildung kritisierten. Er beging vor dem bevorstehenden Gerichtstermin einen wohl demonstrativ gemeinten Suicidversuch mit 10 Tabletten Medomin.

Der 19-jährige Schreiner Geselle Gert W. ist das uneheliche Kind seiner zum zweiten Mal verheirateten Mutter. Sein Stiefvater weigert sich, ihn in die Familie aufzunehmen. Er lebt deshalb bei seiner Großmutter. Er versuchte bisher zweimal, sich zu strangulieren. Einen dritten Suicidversuch beging er mit Tabletten und Schnittverletzungen an beiden Handgelenken. Er wählte dazu einen Tag, von dem er wußte, daß die berufstätige Mutter ihren freien Nachmittag hatte und als Ort die elterliche Küche. Damit, daß seine Mutter und sein Stiefvater ihn dort vorfänden, habe er ihnen, so gab er an, zeigen wollen, was aus ihm werde, wenn sie sich nicht anders zu ihm verhielten.

3.

Typus verzweifelt-kurzschlüssiger Reaktionsweise

Klinischem Sprachgebrauch entsprechend werden alle Selbstmordhandlungen dem Begriff der abnormen Erlebnisreaktion zugeordnet. In einer Vielzahl von Fällen liegen dabei zusätzliche abnorme Persönlichkeitsartungen, abnorme Persönlichkeitshaltungen oder die Psyche verändernde somatische Befunde vor. Während es sich hierbei mehr um persönlichkeitsdifferente Erlebnisreaktionen handelt, müssen davon die bei Fehlen derartiger Befunde vorliegenden mehr persönlichkeitsindifferenten abnormen Erlebnisreaktionen unterschieden werden. Um diese handelt es sich bei den Fällen, die wir trotz ihrer Indifferenz einem "Typus verzweifelt-kurzschlüssiger Reaktionsweise" zugrunde gelegt haben. Das die Reaktion auslösende Erlebnis hat hierbei für die reagierende Persönlichkeit eine so große Tragweite, daß die darauf in Form eines Suicidversuches erfolgende Antwort dem Außenstehenden weitgehend als adäquat erscheint. Die Verzweiflung ist nachfühlbar, verständlich, allgemein menschlich. Die Reaktion läßt sich keinen besonders auffälligen Persönlichkeitsabnormitäten zuschreiben. Der Zusammenhang zwischen dem zur Verzweiflung führenden Erlebnis und der Kurzschlußreaktion ist ein direkter.

Die gemeinsamen Kennzeichen dieses Typs sind demnach:

- Das Fehlen gröberer psychopathologischer Auffälligkeiten.
- Das Bestehen eines akuten oder chronischen schweren Konfliktes.

- Das Vorhandensein von nachfühlbarer Verzweiflung, d.h. überwiegend emotionale Verarbeitung des Erlebten.
- Eine darauf zurückführbare Kurzschlußreaktion in Form eines Suicidversuches.

Einzelne dieser Symptome finden sich durchaus auch bei unseren anderen Typen, zusammen sind sie aber nur bei diesem vorhanden.

Diese Beschreibung trifft für 22 unserer Fälle zu, 13 weibliche und 9 männliche; der weibliche Anteil überwiegt demnach, wenn auch nicht sehr stark. In der Mehrzahl handelt es sich um familiäre Konflikte, in einigen anderen Fällen war persönliches Versagen gepaart mit inneren Konfliktreaktionen.

Davon seien drei Fälle erwähnt.

Der 65-jährige Arbeiter Wilhelm S. war seit 32 Jahren verheiratet, als er durch Nachbarn erfuhr, daß seine ebenfalls 65-jährige Ehefrau seit 10 Jahren mit einem Mann aus demselben Ort ein Verhältnis hat. Zu diesem war sie häufig unter dem Vorwand gegangen, Nachbarn oder Verwandte zu besuchen. Auf seine Vorhaltungen hin zog sie aus der ehelichen Wohnung aus und zu ihrem Bekannten. S. mußte sich daraufhin tagelang selbst versorgen, nur das Kochen besorgte eine Nachbarin für ihn. Er gab an, er sei ein Leben lang mit seiner Frau zusammen gewesen und nun habe er diese Enttäuschung und das plötzliche Alleinsein nicht ertragen können. Er wollte sich vom Dach seines Hauses stürzen, was aber durch von Nachbarn herbeigerufene Polizei verhindert werden konnte.

Der 33-jährige Arbeiter Georg K. ist verheiratet. Der Ehe entstammen vier Kinder. Seit kurzer Zeit betätigt sich seine Ehefrau als Bardame, nach ihrer Darstellung aber nur wegen des guten Verdienstes. K., der sehr an seiner Frau hängt, hat sie aber häufig in Situationen beobachtet, die dieser Darstellung deutlich widersprachen. Dabei kam es zu Tätlichkeiten zwischen dem Patienten und den Begleitern der Ehefrau. Sie blieb nachts oft von zu Hause fort, kam erst am nächsten Vormittag wieder, so daß K., bevor er zur Arbeit ging, erst die Kinder für den Schulbesuch versorgen mußte. In glaubhafter Verzweiflung über seine Situation beging er einen Suicidversuch mit 30 Schlaftabletten. Psychopathische Züge waren bei K. nicht nachweisbar.

Die 26-jährige Fabrikarbeiterin Anna Maria F. hat im Alter von 19 Jahren wegen bestehender Gravidität geheiratet. Ihr Ehemann war damals erst 18 Jahre alt. Nach fünf Jahren kam ein zweites Kind. Der Ehemann, ein halt-

loser Psychopath, warf seiner Frau bei beiden Graviditäten vor, die Kinder stammten nicht von ihm, nahm diese Behauptung aber nach der Geburt der Kinder wieder zurück. Er bereut seine Eheschließung und gibt seiner Frau die alleinige Schuld an deren Zustandekommen. In sexueller Hinsicht verhält er sich ihr gegenüber außergewöhnlich brutal und taktlos. Sie konnte ihm des weiteren wiederholte eheliche Untreue nachweisen. In einem Fall fand sie in ihrer Wohnung ein fremdes Mädchen in ihrem Kleiderschrank. Nach einem Streit mit ihrem Ehemann, in dessen Verlauf die Patientin von ihm heftig geschlagen wurde, nahm sie in suicidalen Absicht 18 Schlaftabletten ein. Sie gab an, sie habe ihrem Elend ein Ende machen wollen. Die Patientin ist eine typische Pyknikerin, wirkt einfach strukturiert, ist aber sehr anhänglich und deshalb besonders enttäuscht über den Verlauf ihrer Ehe.

4.

Typus primitiv-kurzschlüssiger Reaktionsweise

Dieser Typ ist mit 20 Fällen, 13 weiblichen und 7 männlichen, zahlenmäßig sehr stark vertreten. Der weibliche Anteil dominiert. Es handelt sich vorwiegend um undifferenzierte, primitiv strukturierte Persönlichkeiten. Die Jugendlichen wirken unreif, zum Teil sogar infantil. Der Altersaufbau dieser Gruppe zeigt keine besondere Bevorzugung einer bestimmten Altersstufe.

Bei den Erlebnissen, die den Suicidversuch auslösen, fällt die Diskrepanz auf zwischen der Banalität des Erlebten und dem recht schwerwiegenden Schritt eines Suicidversuches. In der Regel erfolgt dieser dann als Kurzschlußreaktion. Für diese Fälle gilt in ganz besonderem Maß die von K. SCHNEIDER gegebene Definition, wonach abnorme Erlebnisreaktionen vom Durchschnitt normaler Erlebnisreaktionen abweichen vor allem durch die ungewöhnliche Stärke, wozu man auch die Inadäquatheit im Verhältnis zum Anlaß rechnen muß, oder durch Abnormalität der Dauer oder des Aussehens oder durch abnormes Verhalten.¹⁾

Zusammengefaßt wird dieser Typ gekennzeichnet durch:

- Unausgereiftheit bzw. primitive Struktur der Persönlichkeit.
- Diskrepanz zwischen der Banalität des Erlebnisses und der darauf erfolgenden Reaktion.

1) K. SCHNEIDER, Klinische Psychopathologie, S.42.

- Auf dieses Erlebnis zurückführbare Kurzschlußreaktion in Form eines Suicidversuches.

Die Motive bei diesen Fällen bestehen überwiegend aus Problemen und Problemchen junger Mädchen und älterer Frauen. Der Verlobte hatte sich etwas kühler gezeigt als sonst, Untreue wurde vermutet, die Eltern hatten Schwierigkeiten bereitet, dem Ehemann sollte ein Schreck eingejagt werden, kleine Vorteile sollten erzwungen werden. Hinterher sind gerade bei diesen Menschen Jammer und Reue groß, wenn die schweren Folgen und der objektiv unbedeutende Anlaß im Zusammenhang betrachtet werden. Naturgemäß dominieren hier die demonstrativen Suicidversuche. Die Hülse enthält 10 Schlaf-tabletten; man meint, das sei wohl etwas viel und läßt vorsichtshalber einige übrig.

Die folgenden Fälle lassen diese Merkmale besonders deutlich erkennen:

Die 66-jährige Hausfrau Maria V. bewohnt zusammen mit ihrem Ehemann, einem Sohn und dessen Frau ein Haus. Am anderen Ende des zum Haus gehörenden Grundstückes wohnt der zweite Sohn mit seiner Frau. Beide Häuser sind durch einen Weg verbunden, den letztere benutzen müssen. Dabei nehmen sie häufig eine quer über den Weg gespannte Wäscheleine ab, um sich nicht bücken zu müssen, worüber sich die andere Schwiegertochter bei V. beschwerte. Daraus entstand ein Familienstreit, auf den die Patientin mit einem Suicidversuch durch Einnahme von 20 Tabletten Medomin und einer Flasche Eusedon reagierte. In einem Abschiedsbrief gab sie dem einen Sohn und seiner Frau die Schuld und bat die übrigen Angehörigen, sie möchten ihr verzeihen.

Das 15-jährige Lehmädchen Gisela M. erfuhr, daß der 22-jährige Freund mit einem anderen Mädchen gesehen worden war. Er bestätigte das auf ihre Frage und las ihr zusätzlich noch aus seinem Taschenkalender die Adressen seiner sämtlichen bisherigen Freundinnen vor. Am nächsten Tag, so gab sie an, habe sie "ihre Lage überdacht". Aus Enttäuschung über das Verhalten des Freundes, den sie brauche, da ihr ihre Familie so fremd sei, aus Verärgerung über die angeblich viele Arbeit in der Lehrstelle und über die angebliche "Hohnsägigkeit" ihrer Chefin beging sie einen Suicidversuch mit 20 Tabletten Clarodorm.

Die 47-jährige Arbeiterin Maria P. ist verheiratet und hat drei Kinder. Die 18-jährige Tochter äußerte gegenüber der Mutter Kleiderwünsche. Diese versprach, selbst zu schneiden, wenn die Fabrikarbeit ihr dazu Zeit lasse. Die

Tochter entgegenete der Mutter, sie arbeite ja nicht so angestrengt und im übrigen hätten ihre Freundinnen "ganz andere Mütter". P. schloß sich daraufhin in ihr Zimmer ein und nahm 10 Tabletten Doroma. Sie gab hinterher an, sie habe es "der Tochter zeigen wollen", wie es wäre, wenn sie nicht mehr da sei.

5.

Reaktionstypus bei verminderter Vitalität

Nach A. WELLEK gehören Begriffe wie Vitalsein oder Nichtvitalsein, starke oder schwache Vitalität, vitale Aktivität und vitale Zartheit "zum täglichen Brot des Charakterologen und zum Teil auch des Typologen".¹⁾ Er unterscheidet dabei zwei Richtungen der Vitalkraft: einerseits die Zählebigkeit und andererseits die manifeste Lebendigkeit oder vitale Aktivität, wobei letztere aber nicht der Vitalität schlechthin gleichgesetzt werden darf.²⁾ Er führt dazu aus:

"Zählebigkeit kommt überein mit dem 'vitalen Fundus'; d.h. sie ruht auf erbten und meist noch weiter vererbten vitalen Kraftreserven auf, also auf der inneren Festigkeit - nicht auf der manifesten Massivität - der somatischen Struktur. Demgegenüber ist die Lebendigkeit gleichbedeutend mit dem augenblicklichen, immer von neuem bekundeten Lebenseinsatz, der keineswegs dieselben Kraftreserven zur Voraussetzung haben muß, sondern sie aufzehren und verschleudern kann." ³⁾

Die individuelle Vitalität kann auf verschiedene Weise quantitative Einschränkungen erfahren. Als physiologisch kann ihre Verminderung im Rahmen des individuellen Alterungsprozesses aufgefaßt werden, womöglich unterstützt durch hinzukommende somatische Erkrankungen. Doch kann ein längeres Krankenlager auch jüngere Menschen in einen so erheblich reduzierten Vitalzustand versetzen, daß daraus ganz bestimmte Konflikte erwachsen. Von dieser stets mit objektivierbaren echten Krankheitssymptomen einhergehenden Erscheinung muß aber streng getrennt werden die asthenisch-hypochondrische Persönlichkeitsentwicklung (PETRILOWITSCH).

Bei 13 unserer Fälle führte ein mit diesen Beobachtungen übereinstimmender

1) A. WELLEK, Die Polarität im Aufbau des Charakters, S. 74.

2) A. WELLEK, a.a.O., S. 75.

3) A. WELLEK, a.a.O., S. 77.

Zustand zu einem kausal darauf zurückführbaren Suicidversuch. Von den sechs weiblichen und sieben männlichen Fällen waren zehn über 50 Jahre alt. An somatischen Befunden fanden sich bei älteren Patienten deutliche Symptome der Cerebralsklerose, verschiedenartige Altersbeschwerden sowie bei den in der entsprechenden Lebensphase befindlichen Frauen klimakterische Beschwerden des Involutionalters.

Aber auch nach Unfällen und Operationen verbleibende chronische Leiden verstärken die Selbstmordneigung. Der 64-jährige Hilfsarbeiter Paul O. berichtet über zahlreiche Operationen, die bei ihm in den letzten Jahren an Gallenblase, Magen, Harnblase und Prostata vorgenommen worden seien. Wegen einer lästigen Harninkontinenz und deren Folgen am Arbeitsplatz und im Privatleben beging er zwei Suicidversuche.

Zwei Patienten im Alter von 50 und 28 Jahren erlitten bei Verkehrsunfällen Beinverletzungen mit schlechter Heilungstendenz und starken Schmerzen. Der eine verübte nach der aus dem langen Krankenlager resultierenden Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Situation einen, der andere bei weiteren hinzukommenden somatischen Beschwerden zwei Suicidversuche.

Der 27-jährige Schlosser Josef O. unternahm drei Suicidversuche, weil die seit einer Cholecystektomie bestehende Diarrhoe trotz dreijähriger therapeutischer Bemühungen nicht beseitigt werden konnte.

Bei den älteren Patienten bestanden in der psychischen Verarbeitung Zusammenhänge zwischen den somatischen Beschwerden und der familiären Situation. Das Gefühl der Vereinsamung bei Verwitweten, des zur Last Fallens bei Unterbringung innerhalb der Familie von Sohn oder Tochter, das empfundene, ausgesprochene oder unausgesprochene Warten der Verwandten auf den Tod des Pflegebedürftigen ließen den Entschluß zum Suicidversuch oft leichter werden.

Die Auswirkung von Impulsen aus dem Bereich der Vitalsphäre auf die Stimmungslage ist bekanntermaßen erheblich. So waren auch bei unseren Fällen Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und ein Gefühl der Kraftlosigkeit gefolgt von Angstgefühlen, Freudlosigkeit und der Furcht, die empfundenen Beschwerden würden nicht mehr schwinden, "man würde nie mehr gesund". Sensitive Züge bei bestehenden somatischen Beschwerden heben die Suicidgefahr wohl ebenso wie vorübergehende cerebralsklerotische Verwirrheitszustände. So brachte sich der 81-jährige verwitwete Heinrich H. in suicidalen Absicht Schnitte am Hals und an den Handgelenken bei. Er wußte selbst keine an-

dere Deutung seines Handelns als die, daß er während einer halben Stunde "wie verwirrt" gewesen wäre. Der Patient beklagte sich weder über familiäre Schwierigkeiten noch über somatische Beschwerden. Er habe sich in keiner Weise bedroht, verfolgt oder vereinsamt gefühlt. Traurige Verstimmung oder Verzweiflung waren nicht nachweisbar.

Drei unserer Fälle seien ausführlicher erwähnt.

Der 85-jährige Friedrich D. ist seit vier Jahren verwitwet und lebt nun bei seiner Tochter. Er ist ein ausgesprochener Pykniker, deutlich extravertiert, mit hypomanischen Wesenszügen bei bestehender Cerebralsklerose mit Gedächtnisschwäche und unscharfer zeitlicher Orientierung. Im Gespräch zeigt sich eine Affektlabilität. Er leidet an einer Insuffizienz des Sphincter ani mit beständiger Diarrhoe. Dadurch ist er genötigt, dauernd zu Hause zu bleiben. Er äußert, es gäbe nichts mehr, was ihn an das Leben binde. Seine Töchter würden auf seinen Tod warten. Er habe auch keine richtige Beschäftigung mehr. In das Gasthaus könne er wegen seines Leidens nicht mehr gehen, die Freunde von früher seien alle schon tot. Mit seinem Suicidversuch mit Medomin-Tabletten habe er "endgültig Schluß machen wollen". Er habe ja nun lange genug gelebt. Es entsteht der deutliche Eindruck, daß der Patient den Vitalitätsverlust bei guter vitaler Ausgangslage nicht mehr ertragen konnte.

Die 60-jährige Hausfrau Helene H. klagt seit einem halben Jahr über "nervöse Beschwerden" mit Appetitlosigkeit, Obstipation, Schlaflosigkeit. Es besteht eine cerebralsklerotisch bedingte extrapyramidale Symptomatik mit kleinschrittigem Gang, maskenhafter Starre der Mimik, Ruhetremor der Hände und dranghaftem Heulton der Stimme. H. gab an, sie könne sich über nichts mehr freuen, könne den Haushalt nicht mehr versorgen und glaube nicht mehr an eine Besserung ihrer Beschwerden. Sie meinte, sowieso nicht mehr lange zu leben. Sie unternahm einen Suicidversuch durch Schnittverletzungen an beiden Handgelenken.

Die 77-jährige Anna S. ist seit neun Jahren verwitwet. Vor einem Jahr wurde sie wegen Pneumonie, "Herz-, Gallenblasen- und Magenbeschwerden" stationär behandelt. Seit drei Jahren bestehen schmerzhafte Durchblutungsstörungen beider Beine. Auf Anraten des behandelnden Arztes zog sie zu Sohn und Schwiebertochter. Sie beklagt sich nun, die Schwiebertochter lasse sie "achtlos links liegen". Der erblindete Sohn ziehe sich seiner Frau zuliebe von der Mutter zurück. Früher war die Patientin Mitglied des Vereins "Naturfreunde" und hatte damals ausgedehnte Wanderungen gemacht. Das ist nun wegen der Beinbeschwerden nicht mehr möglich. Als man sie eines Abends alleine zu Hause ließ, verübte sie einen Suicidversuch mit 10 Schlaftabletten.

Typus des Asthenisch-Hypochondrischen

Die Asthenie kommt zum Ausdruck in Symptomen der Erschöpfung, der Leistungsminderung, des Versagens. Diese Symptome treten bei den meisten Menschen hin und wieder auf, ohne daß diese mehr als notwendig davon beunruhigt werden. Der Asthenische hebt sich jedoch von den der Durchschnittsnorm entsprechenden Persönlichkeiten durch die Permanenz ab, mit der er von Versagenszuständen heimgesucht wird.¹⁾ Von diesem leistungsunwilligen und leistungsschwachen Astheniker, mit dem wir uns im folgenden beschäftigen wollen, muß allerdings der leistungsstrebige Astheniker unterschieden werden, was zu entsprechenden therapeutischen Konsequenzen führt.²⁾

Die reine Ausprägung des asthenischen Psychopathen bringt, so definiert K. SCHNEIDER, durch ihre hypochondrische Selbstkontrolle und -beobachtung den primär nicht selten durchaus stabilen Organismus aus dem Gleichgewicht, wobei sich im somatischen Bereich rasches Ermüden, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herz-, Gefäß-, Blasen-, Menstruations- und andere Störungen einstellen, im psychischen Bereich geringe Leistungsfähigkeit, Unfähigkeit zur Konzentration, Abnahme des Gedächtnisses, mitunter Entfremdungserlebnisse.³⁾

Während die mehr oder weniger lange anhaltenden, aber schließlich doch vorübergehenden Erschöpfungszustände recht häufig sind, ist im Vergleich dazu die asthenisch-hypochondrische Entwicklung als Psychopathieform seltener.

Deutlich ist sie bei den zwei nachfolgend beschriebenen Fällen vorhanden, bei zwei weiteren, hier nicht genannten, konnte eine psychasthenische Entwicklung beobachtet werden.

Die 55-jährige, stark vorgealterte Hausfrau Elsbeth S. fühlt sich, seitdem sie wegen Prolaps uteri, Cholecystitis und Nephrolithiasis vor mehreren Jahren operiert worden war, ständig leistungsunfähig. Kein Arzt kann ihr angeblich helfen. Zuweilen befürchtet sie, an Krebs oder Nierenschumpfung zu leiden. Der Ehemann gibt an, sie finde täglich neue Beschwerden. Sie leide unter Schlaflosigkeit und klage über unregelmäßigen Stuhlgang, so daß

1) N. PETRILOWITSCH, Abnorme Persönlichkeiten, S. 79.

2) N. PETRILOWITSCH, a. a. O., S. 83.

3) K. SCHNEIDER, a. a. O., S. 26 und S. 27.

er ihr jeden Morgen einen Einlauf machen müsse. Den Haushalt könne sie in letzter Zeit nicht mehr versorgen, er müsse alles erledigen. Es gebe viele Streitigkeiten in der Ehe, besonders, wenn etwas nicht nach ihrem Willen gehe. Zur Klinikeinweisung unter dem Verdacht eines Suicidversuches führte die Einnahme von 10 Tabletten Medinal. Die Patientin selbst stritt einen Suicidversuch aber ab. Sie könne wegen ihrer Schmerzen und ihres "nervösen Magens" nachts nicht schlafen und habe die Tabletten nur genommen, um einmal ausschlafen zu können. Zum Selbstmord habe sie, so erklärt sie ausdrücklich, gar keinen Grund, denn sie habe ja einen so "herzensguten Mann". Auf der Station verhält sie sich sehr demonstrativ, jammert, hält die Arme längere Zeit unbeweglich in die Luft, strampelt mit den Beinen, spielt die Schwerkranke. Die eingehende internistische und neurologische Untersuchung ergibt, auch hinsichtlich etwaiger nach den Operationen verbliebener Schäden, keinen pathologischen Befund. Sie wird auf eigenen Wunsch nach einigen Tagen entlassen. Zu Hause strangulierte sie sich wenige Tage später an einem Türgriff.

Der 28-jährige Schneidergeselle Manfred W. erlitt vor drei Jahren einen Unfall mit Stirnbein- und Tibiafraktur. Seither, so gibt er an, "kränkelt" er. Die von ihm angegebenen Beschwerden führten damals zu einer Laparoskopie, die aber keinen pathologischen Befund erbrachte. Angeblich ist aber einmal ein Nierenstein unter typischen Koliken abgegangen. Am Arbeitsplatz fühlte er sich durch die Folgen der Tibiafraktur behindert. Er habe das Bein häufig hochlagern müssen. Die Luft am Arbeitsplatz sei so schlecht gewesen, daß er zweimal kollabiert sei. Er bezeichnet das als "Herzklaps". Die Narben am ehemals verletzten Bein deutet er als Varizen, die ihn "pieken", wie er sich ausdrückt; diese angebliche Venenentzündung sei mit Venostasin behandelt worden. Seine völlig normal aussehende Tuberositas tibiae hält er für abnorm verdickt; ein Orthopäde habe sie ihm schon einmal abmeißeln wollen. Es fällt auf, mit wie großer Hingabe der Patient seine vielfältigen "Leiden" aufzählt. Bei einer Autofahrt vor einigen Wochen wurde ihm, so berichtet er anschaulich, plötzlich sehr kalt, er sei ganz steif geworden und habe ein starkes Angstgefühl bekommen. Er hielt das wiederum für einen "Herzklaps". Er sei deshalb in einem auswärtigen Krankenhaus sechs Tage lang mit sechs Tabletten Luminal täglich behandelt worden. Er habe sich nach der Entlassung längere Zeit wie betrunken gefühlt. Seither habe er oft Angstgefühle; er könne abends vor Angst nicht zu Hause bleiben. Als er zur Kontrolle seines angeblichen Leberschadens in eine ihm nicht zusagende Klinik eingewiesen werden sollte, beging er einen Suicidversuch mit 60 Schlaftabletten. Auch

bei ihm ergab die ausführliche internistische Untersuchung keine für die geklagten Beschwerden verantwortlich zu machenden pathologischen Befunde.

7.

Typus des Willenlosen

KRAEPELIN hat einen Typus haltloser Persönlichkeiten beschrieben, wobei er sich an den soziologischen Auswirkungen einer entsprechenden Charakterausprägung orientierte. Diese ist nach K.SCHNEIDER gegeben in der Willenlosigkeit als einer Form der Psychopathie.

N.PETRILOWITSCH beschreibt die Willenlosen als Menschen, die sich durch äußere Einflüsse in abnormer Weise bestimmen lassen. Neue und fremde Eindrücke und Erlebnisse werden nicht aktiv, stellungnehmend, verarbeitet, sondern fremder Wille und Anspruch werden passiv erduldet. Der Willenlose ist den Eindrücken, Erlebnissen und Wünschen preisgegeben, ohne ihnen ein eigenes, inneres Gegengewicht als Regulativ bieten zu können. Das bringt vermehrte Verführbarkeit für Verlockungen und Unfähigkeit zur Selbsteinschränkung mit sich. Triebhaftigkeit und Willensschwäche kommen daher häufig gemeinsam vor. Gerade unter dieser Gruppe von Psychopathen finden sich, was nach dem Dargelegten verständlich ist, vermehrt Alkohol- und Medikamentenabusus und Prostitution.¹⁾

11 unserer Fälle, 7 weibliche und 4 männliche, tragen diese Merkmale. In zwei Fällen lag Prostitution vor, in vier weiteren Fällen bestand zumindest der sog. "häufig wechselnde Geschlechtsverkehr", in zwei Fällen hatten ältere verheiratete Männer Verhältnisse mit jüngeren Frauen, drei Patienten hatten uneheliche Kinder. Schweren Alkohol- oder Medikamentenabusus fanden wir dreimal. Die weiblichen Patienten bevorzugten den Beruf der Serviererin oder Bardame, wobei der Arbeitsplatz zudem häufig gewechselt wurde.

Die 18-jährige Hilfsarbeiterin Helga B. ist das fünfte von sieben Kindern. Ihr Intelligenzquotient liegt erheblich unter der Norm. In der Volksschule blieb sie zweimal sitzen. Von ihrer Mutter wird sie als sehr eigensinnig und schwer erziehbar beschrieben. Sie sei schon zweimal von zu Hause fortgelaufen und wurde vom Jugendamt deshalb bereits in einem entsprechenden Heim unter-

1) N.PETRILOWITSCH, a.a.O., S.112 und 115.

gebracht. Die unverheiratete Patientin hat ein 16 Monate altes Kind, dessen Vater sich seiner aber nicht annimmt. Von der Fürsorgerin wurde berichtet, daß B. von ihrer Mutter stundenweise an Rheinschiffer "vermietet" würde. Seit einigen Monaten ist sie angeblich mit einem 20-jährigen Mann verlobt, der aber z. Zt. noch eine Gefängnisstrafe wegen einer Schlägerei verbüßt. B. war als Hilfsarbeiterin in einer Weinkellerei beschäftigt. Sie gibt an, sie habe häufig "keine Lust" zum Arbeiten gehabt und sei dann mehrmals in der Woche nicht an ihrem Arbeitsplatz erschienen. Als sie deshalb ihre Stelle verloren hatte, berichtete sie ihrer Mutter aus Furcht vor Strafe davon nicht. Sie wußte sich keinen anderen Rat mehr und beging einen Suicidversuch mit 20 Tabletten Dormetten.

Die 24-jährige Verkäuferin Christa P. ist geschieden. Aus dieser Ehe stammt ein Kind. Außerdem hat sie ein uneheliches Kind, dessen Vater aber noch nicht feststeht; nach ihren Angaben kommen mehrere Männer in Frage. Seit einigen Monaten ist sie erneut verlobt. Eine Woche vor dem bereits festgelegten Hochzeitstermin löste der Bräutigam die Verlobung. Er berichtet, von der Existenz der beiden Kinder der Patientin jetzt erst durch Bekannte erfahren zu haben. Er beschreibt P. als sehr unstet; sie wechselte häufig den Arbeitsplatz. Sie beging nach der Auflösung der Verlobung einen Suicidversuch mit einer größeren Anzahl Noludar-Tabletten.

Die 16-jährige Ruth M. verlor ihre Mutter sehr früh; zur Stiefmutter und zum Vater besteht kein gutes Verhältnis. Sie ist im Haushalt einer Ärztin beschäftigt. Dieser schrieb sie vor längerer Zeit einen Drohbrief, in dem sie von Selbstmordabsichten sprach. N. wird von ihrer Arbeitgeberin als sehr triebhaft beschrieben; in ihrer Arbeitsleistung sei sie äußerst schwankend; intellektuell stehe sie unter der Grenze der Norm. Die Patientin selbst gibt an, sie habe schon mehrfach intime Beziehungen zu Männern gehabt. Als sie 14 Jahre alt war, sei sie bereits durch eine Freundin zur Prostitution verleitet worden. Sie habe damals ihren ersten Selbstmordversuch mit vier Schlaftabletten verübt. Den zweiten Suicidversuch beging sie mit einem Düngemittel, als sie nach einer kleinen Operation längere Zeit als nötig der Arbeitsstelle ferngeblieben und deshalb von der Arbeitgeberin zur Rede gestellt worden war. Die jetzige Klinikeinweisung erfolgte nach einem weiteren Suicidversuch, diesmal mit 10 Tabletten Melidorm. Sie war an einem Montag zu spät zur Arbeit erschienen, war gerügt worden und lief deshalb fort zu ihrem 22-jährigen Freund. Dieser wies sie aber ab, worauf sie die Tabletten einnahm.

8.

Typus des Selbstunsicheren

K.SCHNEIDER stellt den Selbstunsicheren in die Nähe des depressiven Psychopathen. Er betont, daß manchmal aber auch die innere Unfreiheit und Schüchternheit nach außen hin getarnt werden kann durch allzu sicheres, ja anmaßendes Auftreten oder auch auffallendes Äußeres, besonders bei Menschen, deren Unsicherheit auf körperlichen Mängeln oder gesellschaftlicher Unzulänglichkeit beruht. Beim Selbstunsicheren entwickeln sich in besonderem Maße Zwangsvorgänge.¹⁾

Der Selbstunsichere wird von N.PETRILOWITSCH beschrieben als psychisch zarter, schnell verwundbarer Mensch, der meist bescheiden, verlegen und gehemmt wirkt und für dessen Wesen er als Definition gibt: "Der Selbstunsichere ist ein Mensch mit erhöhter Eindrucksfähigkeit für Erlebnisse bei mangelhafter Ausdrucksfähigkeit, d.h. bei unzureichendem Entladungsvermögen", woraus dann zwangsläufig, wie von KRETSCHMER betont wird, eine asthenische Grundrichtung der Lebenseinstellung folgt.²⁾

Von 6 derartigen Fällen, 3 männlichen und 3 weiblichen, seien zwei erwähnt.

Der 26-jährige Kurt K. absolvierte eine Banklehre nach Besuch der Mittelschule. Er glaubte aber, er sei diesem Beruf nicht gewachsen und nahm Stellen als Hilfsarbeiter in verschiedenen Städten an. Zuletzt arbeitete er in einer Brauerei. Er klagt über "Angst vor allem", möchte immer davonlaufen und weiß nicht wohin, bekommt, wenn er unter Menschen ist, "komische Gefühle" im Magen, in der Brust und einen roten Kopf. Er gibt an, diese Hemmungen und Beschwerden könne er mit Alkohol überwinden, was er deshalb in letzter Zeit auch häufig getan habe. Sobald er einige Zeit an einem festen Ort gelebt hatte und die Menschen an Arbeitsplatz und Wohnort ihn kannten, konnte er es dort nicht mehr aushalten. Er floh dann jedesmal in eine andere Stadt. Bereits aus seiner Kindheit sind ihm Depressionen Erinnerung, die sich mit zunehmendem Alter verstärkt hätten. Er habe früher schon zu Freunden gesagt, er sterbe keines normalen Todes. Er berichtet über mehrere Suicidversuche durch versuchte Strangulation, durch Schnittverletzungen und mit Tabletten. Zur Klinikeinweisung führte ein Suicidversuch durch

1) K.SCHNEIDER, a.a.O., S.21.

2) N.PETRILOWITSCH, a.a.O., S.98.

Schnittverletzungen an beiden Unterarmen. Auf der Station fragte er, ob man ihm nicht durch Lumbalpunktion, Hirnoperation oder medikamentös helfen könne.

Die 26-jährige Stenotypistin Hertha W. leidet seit einigen Jahren an einem idiopathischen Hirsutismus. Sie berichtet, dadurch oft in unangenehme Situationen gebracht zu werden. Männer wollen ihr einen Rasierapparat schenken, von Kindern wird sie häufig laut verspottet. Sie muß sich täglich rasieren. Der Haarwuchs im Gesicht und an den Beinen ist erheblich. Von der Mutter wird sie als immer schon sehr empfindsames Kind beschrieben. Durch ihr Leiden geriet sie in den Zustand einer schweren reaktiven Depression. Ihre allmählich sich entwickelnde Selbstunsicherheit führte zu beträchtlichen beruflichen Schwierigkeiten. Sie beging im Abstand von mehreren Monaten zwei Suicidversuche mit Leuchtgas.

9.

Der suizidale Alkoholiker

Als Alkoholiker wird jemand bezeichnet, der durch Trunksucht körperliche, psychische oder soziale Schäden erlitten hat. Der psychische Schaden wird, solange er das psychotische Ausmaß nicht erreicht hat, "alkoholische Wesensänderung" genannt. Unüberlegtes, unbeständiges, affektbetontes Handeln, Roheit infolge Mangels an Hemmungen, Stimmungs labilität, Willensschwäche und zuweilen eine flach euphorische Dauereinstellung sind deren Kennzeichen. Sentimentalität und Eitelkeit treten an die Stelle echten Ehrgefühls. Durch Lügen wird ersetzt, was an wahren Werten und Strebungen im Verhältnis zur menschlichen Gemeinschaft fehlt. Die Fähigkeit zu längerer, angespannter Aufmerksamkeit läßt wegen der stärkeren Ermüdbarkeit nach. Die daraus resultierende Leistungsminderung kommt zu den übrigen somatischen Schädigungen hinzu und führt, zusammen mit den psychischen, zum sozialen Abstieg. Unter den Zeichen zunehmenden physischen Verfalles, häufig aber auch durch Selbstmord, geht der Alkoholiker schließlich zugrunde.¹⁾

Diese Merkmale fanden sich auch bei einer Gruppe unserer Fälle. Wir berichten über vier von insgesamt acht solchen Patienten.

Der 52-jährige Gastwirt Fritz M. betreibt nach Angaben des Hausarztes seit

1) Nach M. BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 260-294.

mehreren Jahren einen erheblichen Alkoholabusus. Er sei fast immer betrunken. Er schlägt häufig seine Ehefrau und seinen 9-jährigen Sohn, auch in der Öffentlichkeit und hat wiederholt mit Hammer oder Beil nach seiner Frau geworfen. Als das Kind eine Fensterscheibe einwarf, wurde M. von seiner Frau gehindert, dieses durch Schläge zu bestrafen. Er beging daraufhin einen Suicidversuch mit einem harmlosen Insektenpulver, gab aber zu Hause und in der Klinik an, er habe E 605 eingenommen. Das Verhalten seiner Frau faßte er als Ungerechtigkeit auf und nannte als Motiv seines Suicidversuches, er als "alter Soldat" könne sich doch nicht so ungerecht behandeln lassen. Hier zeigen sich deutliche Züge einer alkoholischen Wesensänderung. Rohes, unbeherrschtes Verhalten den Angehörigen gegenüber, Empfindlichkeit aber, wenn er selbst betroffen ist, Eitelkeit statt echten Ehrgefühls, Übertreibungen statt wahrer Angaben.

Der 50-jährige Lagerarbeiter Bernhard F. wurde von seiner Ehefrau als starker Trinker beschrieben. Wenn er besonders viel getrunken habe, sei er oft tagelang von zu Hause fortgeblieben. In letzter Zeit habe er sich etwas "überanstrengt" gefühlt. Der Alkoholabusus hatte erheblich zugenommen. Er sei appetitlos geworden und mehr und mehr abgemagert. Nach einer Trinkerei sei er immer so erschöpft gewesen, daß er zu Hause gleich eingeschlafen sei. Deshalb habe er im Rausch nie Streit oder Gewalttätigkeiten verursacht. F. beging Suicid mit 16 Tabletten Medinal. Da keine äußeren Motive erfahrbare waren, muß man annehmen, daß der von ihm wohl selbst bemerkte zunehmende körperliche Verfall mit deutlicher Leistungsminderung diesen Schritt zumindest mit verursacht hat.

Der 24-jährige Bauhilfsarbeiter Dietmar L. kam 1954 mit seinem Vater aus der Ostzone. Seine Mutter blieb dort. Der Vater kümmerte sich hier, obwohl er im selben Ort wohnte, nicht um seinen Sohn. L. arbeitete zunächst sechs Jahre bei einem Winzer. Dort trank er täglich bis zu 6 Flaschen Wein, später als Bauhilfsarbeiter 8 - 10 Flaschen Bier täglich. Zuletzt wohnte er auf der Baustelle in einem Wohnwagen und mußte sich alleine versorgen. Zuweilen wurde er, wohl in Form eines pathologischen Rausches, sehr erregt und verursachte dann jedesmal Schlägereien. Nach einer solchen wurde er auf der Baustelle von der Polizei festgenommen. Im Polizeigebäude versuchte er, sich am Heizungskörper zu strangulieren. Sowohl für die Vorfälle, die zur Festnahme führten, als auch für den Suicidversuch bestand die beim pathologischen Rausch stets anzutreffende retrograde Amnesie.

Die 34-jährige Hausfrau Gertrude M. ist Mutter von fünf Kindern, davon ist

eines unehelich. Sie ist seit 6 Jahren geschieden, lebte aber nach der Scheidung 3 Jahre lang mit dem Ehemann im gleichen Haus und anschließend mit ihm auch wieder in der gleichen Wohnung. Die ehelichen Beziehungen bestanden weiter. Sie betrieb einen starken Abusus mit Alkohol, Nikotin und Schlaftabletten. Der geschiedene Ehemann hatte besonders wegen des Alkoholabusus Bedenken, M. ein zweites Mal zu heiraten. Er gab an, sie habe im Zusammenhang damit öfters Selbstmordgedanken geäußert und schon mehrfach in betrunkenem Zustand eine größere Anzahl von Tabletten eingenommen. Ein Suicidversuch mit 7 Tabletten Medinal führte zur Aufnahme in die Klinik.

TEIL II:

STATISTISCHE ERGEBNISSE DER 400 FÄLLE

1.

Psychopathologische Diagnosen

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der bei unseren 400 nichtpsychotischen Fällen neben der Diagnose "Abnorme Erlebnisreaktion - Suicidversuch" erhobenen psychopathologischen Zusatzbefunde.

Psychopathologische Diagnose	absolute Zahl von 400	% von 400
Abnorme Erlebnisreaktion, zum Teil bis zu depressiven Zuständen	332	83 %
Chronischer Alkoholabusus	37	9,2 %
Cerebralsklerose	12	3 %
Epilepsie	8	2 %
Frühkindlicher Hirnschaden	7	1,8 %
Debilität	4	1 %
Milieuschaden bei Jugendlichen	4	1 %

Tabelle 1

Bei einigen Patienten mußten zwei dieser Diagnosen gleichzeitig berücksichtigt werden. In der Spalte der absoluten Zahlen ergibt die Summe deshalb nicht 400, sondern 404. Die Prozentzahlen sind aber auf die 400 Fälle bezogen, so daß ihre Summe folgerichtig 101% ergibt.

Und nun zu den einzelnen Diagnosen.

In die Rubrik der reinen abnormen Erlebnisreaktion wurden auch die Fälle aufgenommen, bei denen die suicidale Handlung begleitet war von einer reaktiven Depression. Ferner rechneten wir alle Psychopathieformen hierher.

Der chronische Alkoholabusus ist mit 9% der Fälle sehr stark vertreten. Wir konnten in vielen Fällen beobachten, daß das suicidale Geschehen durch die enthemmende Wirkung des Alkohols eine Bahnung erfuhr. Da wir nur den chronischen Alkoholabusus, nicht aber den sog. Gewohnheitsalkoholismus berücksichtigten, dürfte die Beteiligung des Alkohols an der Auslösung von Suicidversuchen eher noch höher liegen.

In 7 Fällen lag ein frühkindlicher Hirnschaden vor. Es waren ausnahmslos männliche Patienten im Alter von 15 bis 24 Jahren.

Der 23-jährige stud.rer.nat. Dietrich S. erkrankte im zweiten Lebensjahr an einer mehrere Monate dauernden Streptokokkenmeningitis, nach deren Abheilung ein Hydrocephalus verblieb. Mit 18 Jahren lief er für mehrere Wochen von zu Hause fort. Er betreibt einen erheblichen Alkoholabusus. Den Anforderungen des Studiums fühlt er sich nicht gewachsen. Aus einem Gefühl der Selbstunsicherheit und Angst heraus beging er zwei Suicidversuche, den zweiten mit ca. 100 Schlaftabletten.

Der 24-jährige Arbeiter Günter H. war bis zum zweiten Lebensjahr wegen Rachitis bettlägerig, blieb stark im Wachstum zurück und wurde in der Schule wegen seiner auffallend schlechten Leistungen verspottet. Die Schädelübersichtsaufnahme zeigt einen ungewöhnlich schmalen, aber symmetrisch konfigurierten Schädel mit starker Pneumatisation des Keilbeinkörpers. H. ist seit mehreren Jahren verheiratet. Seine Ehefrau wirft ihm brutales und egoistisches Verhalten vor und betreibt die Scheidung. In diesem Zusammenhang beging er im Abstand von 6 Monaten zwei Suicidversuche mit 42 und 50 Schlaftabletten.

Der 21-jährige Arbeiter Horst H. kam als Frühgeburt zur Welt. Die Kindheitsentwicklung verlief verzögert. Das Laufen erlernte er erst mit 3 Jahren, das Sprechen mit 3 1/2 Jahren. Es besteht ein frühkindlicher Hirnschaden aufgrund eines durchgemachten Kernikterus. Wegen einer angeborenen Hüftgelenksluxation kam er in ein Lehrheim für Körperbehinderte und erlernte das Stuhlflechten. Als er anschließend keine Anstellung fand, verübte er einen Suicidversuch mit 10 Schlaftabletten.

Der 19-jährige Peter P., von Beruf Koch, war wegen Zechbetrugs zu 6 Monaten Gefängnis mit Bewährung verurteilt worden. Er war bereits wegen Autodiebstahls mit Gefängnis vorbestraft. Im Gefängnis machte er die Bekanntschaft von Rauschgiftschmugglern. Als er nach seiner Entlassung längere Zeit ohne Arbeit war, lebte er einige Tage lang mit einer dem Schmuggelring an-

gehörenden Ausländerin von gespartem Geld. Sie verließ ihn, als dieses verbraucht war. Er habe dann "das Leben satt gehabt" und beging einen Suicidversuch mit 10 Schlaftabletten.

Die Schädelaufnahme zeigte einen hydrocephalen, asymmetrisch konfigurierten Schädel. Die Encephalographie ließ Erweiterungen des linken Seitenventrikels und des dritten Ventrikels erkennen.

Der 15-jährige Laborlehrling Kurt M., ebenfalls eine Frühgeburt, leidet seit seinem 9. Lebensjahr an Epilepsie mit typischer Wesensveränderung, vermutlich aufgrund eines frühkindlichen Hirnschadens ohne sonstige neurologische Symptome. Er fühlt sich im Kreise seiner Arbeitskollegen insuffizient, wurde von ihnen verspottet und bei seiner empfindsamen, schwernehmenden Wesensart dadurch tief gekränkt. Er sprang von einer Brücke vor ein fahrendes Auto und zog sich dabei eine Contusio cerebri zu.

Der 20-jährige Arbeiter Michael M. leidet nach seinen Angaben unter einem so abnorm verstärkten Geschlechtstrieb, daß er deswegen schon in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Seine nicht zu beherrschende Triebhaftigkeit störe ihn selbst bis zur Verzweiflung. Er habe deshalb in suicidalen Absicht Schlaftabletten eingenommen. Es handelt sich um einen Astheniker mit schwer dysplastischem Schädel. Auf der Röntgenaufnahme zeigt der Schädel starke Wolkenzeichnung. Der Patient macht einen retardierten Eindruck. Die intellektuelle Begabung liegt unterhalb der Norm.

Der 19-jährige Gärtnergeselle Klaus B. leidet an einem frühkindlichen Hirnschaden nach durchgemachter Toxoplasmose. Die Encephalographie ließ eine leichte Erweiterung des dritten Ventrikels erkennen. Im Liquor fand sich bei wiederholten Untersuchungen eine geringe Eiweißvermehrung. Der Patient beging nach ihm unüberwindlich scheinenden beruflichen Schwierigkeiten einen Suicidversuch mit 20 Schlaftabletten.

Alle diese Fälle zeigen deutlich den kausalen Zusammenhang zwischen körperlichem Defekt, persönlichem Scheitern und suicidalen Handlung.

Bei den 4 Fällen von Debität handelt es sich ebenfalls um jüngere Menschen. Auch hier führten Diebstahl, berufliches Scheitern oder sexuelle Konflikte zu Suicidversuchen.

In 4 Fällen wurde ausdrücklich Milieuschaden diagnostiziert. Es kann aber angenommen werden, daß die Zahl eher noch höher liegen würde, wenn es möglich wäre, noch mehr objektive Einzelheiten aus der Umwelt des Patienten zu erfahren.

Der 11-jährige André L., der jüngste unserer Fälle überhaupt, versuchte innerhalb weniger Monate dreimal, sich zu strangulieren. Er vertrug sich sowohl mit seiner Stiefmutter als auch mit seinem Vater sehr schlecht. Er wollte immer wieder zu seiner richtigen Mutter zurück. Anlässe seiner Suicidversuche waren jedesmal die auf Verfehlungen seinerseits erfolgten Drohungen der Stiefmutter, er werde Schläge von seinem Vater bekommen.

Die 19-jährige Renate V. beging einen Suicidversuch mit 12 Schlaftabletten. Bei ihrer Mutter war eine Totaloperation des Uterus erfolgt. Es besteht dringender Inzestverdacht bei Vater und Tochter.

Erwähnt sei schließlich noch ein Fall von Transvestitismus. Die 18-jährige Ursula K. trägt bereits seit dem fünften Lebensjahr keine Mädchenkleidung mehr. Sie fällt durch einen ausgesprochen männlichen Habitus in Haarschnitt, Stimme und Gesichtszügen bei äußerlich weiblichem Genitale auf. Die Klitoris ist geringgradig vergrößert, die Mammae sind altersunangemessen gering entwickelt. Die Patientin nennt sich selbst "Peter" und gibt an, sie habe eine 13-jährige Freundin, die sich als ihre "Braut" betrachte. Sie fühle sich als Mann und wolle das auch sein. Als die Freundin sich auf Anweisung der Eltern zurückzog, glaubte die Patientin, ohne diese "nicht leben zu können" und beging einen Suicidversuch mit einem Rattenvertilgungsmittel.

Über die Konstitution im Sinne von E.KRETSCHMER bei unseren Suicidalen seien die folgenden Ergebnisse von 142 Fällen angeführt. Der hohe Anteil der Leptosomen fällt besonders auf.

leptosom	51,3 %
pyknisch	18,4 %
athletisch	12,6 %
dysplastisch	8,5 %
Mischtypen	9,2 %

Tabelle 2

Altersverteilung

Die Berechnung des Durchschnittsalters unserer Fälle ergab folgende Werte:

- Durchschnittsalter der 400 Fälle:	34 Jahre
- Durchschnittsalter der 389 Suicidversuche:	32 Jahre
- Durchschnittsalter der 11 Suicide:	60 Jahre

Es läßt sich an diesem Material die Hypothese überprüfen, ob das Durchschnittsalter der Suicide sich mit genügender Sicherheit vom Durchschnittsalter der Suicidversuche unterscheidet. Dies geschieht mit dem t-Test. (Siehe Kapitel über statistische Methoden.) Nach Formel 1 (S.51) errechnet sich $t = 2,618$. Die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit $p_0 < 0,01$. D. h., es läßt sich mit hinreichender Sicherheit behaupten, daß das Durchschnittsalter der Suicide höher ist als das der Suicidversuche. Der Altersunterschied zwischen Suiciden und Suicidversuchen aus der unten erwähnten Bundeskriminalstatistik entspricht diesem Ergebnis.

Wir finden somit auch die Angaben anderer Autoren bestätigt, daß der Suicidversuch eine Reaktionsform ist, die in jüngeren Jahren gehäuft vorkommt, während der Suicid vorwiegend von älteren Menschen begangen wird.

K.H.PARNITZKE ermittelte für seine Fälle ganz ähnliche Werte. Bei den Suicidversuchen lag das Durchschnittsalter für Männer bei 43 Jahren, für Frauen bei 36 Jahren. Für das Maximum der Suicide gibt er für Männer und Frauen das 6. Lebensjahrzehnt an. Die Maxima der Suicidversuche lagen bei Männern im 3. und 5. Lebensjahrzehnt, bei den Frauen im 3. bis 5. Lebensjahrzehnt.¹⁾

Auch P.FEUDELL kommt für seine 700 Fälle zu solchen Ergebnissen. Die Verschiedenheit der Alterskurven für Suicide und Suicidversuche erklärt er mit der vielfach höheren Letalität der Vergiftungen im höheren Lebensalter und der größeren Ernsthaftigkeit der Suicidversuche bei älteren Menschen.²⁾

In der Bundeskriminalstatistik³⁾ ist die Altersverteilung der Selbstmorde und

-
- 1) K.H.PARNITZKE, Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre, S.401.
 - 2) P.FEUDELL, Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen, S.147.
 - 3) Polizeiliche Kriminalstatistik der BRD 1960, S.107. Dieser Jahrgang entspricht dem mittleren Jahrgang des von uns untersuchten Zeitraumes.

Selbstmordversuche getrennt für Männer und Frauen angegeben. Mit diesen Zahlen vergleichen wir die Altersverteilung der eigenen Fälle in Tabelle 3. Der Vergleich wurde nur für die Suicidversuche durchgeführt. Das Bundeskriminalamt hat keine tiefere Gliederung als die in Tabelle 3 angegebene verwandt.

Männer				Alters- gruppen	Frauen			
Bundeskriminal- statistik		eigene Fälle			Bundeskriminal- statistik		eigene Fälle	
Fälle	%	Fälle	%		Fälle	%	Fälle	%
21	0,3	2	1,1	< 14	43	0,7	0	0
267	4,6	11	6,3	14-17	705	10,9	25	11,5
2489	42,6	72	41,6	18-29	2344	36,1	100	46,3
1518	26,0	47	27,1	30-44	1665	25,6	42	19,4
1185	20,3	28	16,2	45-59	1233	19,0	34	15,7
366	6,2	13	7,5	> 60	502	7,7	15	6,9

Tabelle 3

Man kann nun für Männer und Frauen getrennt überprüfen, ob sich die Altersverteilung der eigenen Fälle von der der Bundeskriminalstatistik mehr als zufällig unterscheidet. Diese sog. "Homogenitätsprüfung" erfolgt mit der χ^2 -Methode. (Siehe Kapitel über statistische Methoden.) Nach Formel 2 (S.53) errechnet sich für die Männer $\chi^2 = 3,415$. Die zugehörigen Freiheitsgrade sind $f = (6 - 1)(2 - 1) = 5$. Aus der χ^2 -Tabelle ergibt sich eine Irrtumswahrscheinlichkeit $p_0 > 0,30$, d.h. die beiden Verteilungen sind praktisch homogen und unterscheiden sich nicht mit hinreichender Sicherheit. Unsere männlichen Fälle könnten demnach hinsichtlich des Alters eine Stichprobe aus allen gemeldeten Suicidversuchen der BRD darstellen.

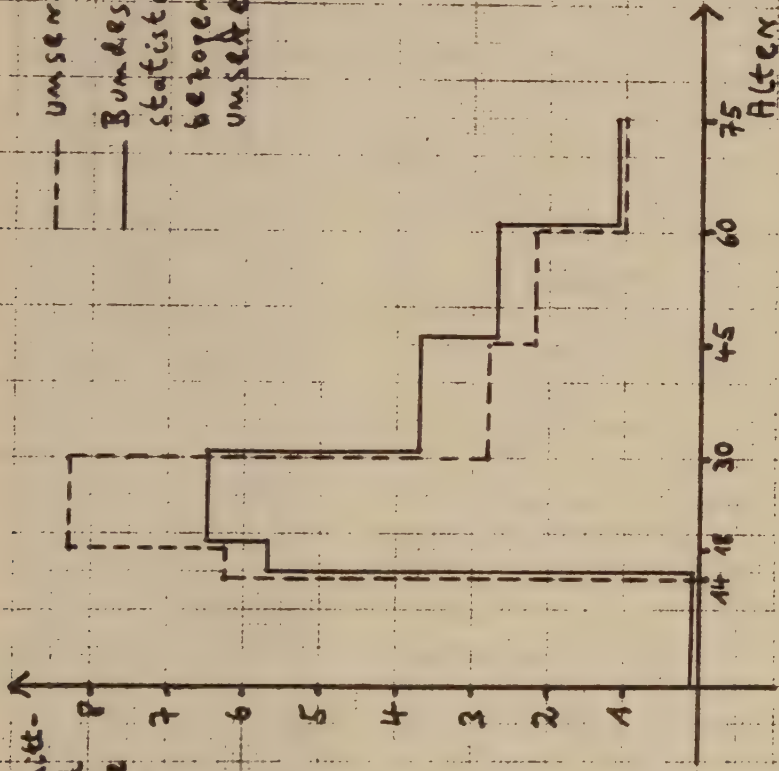
Für die Frauen errechnet sich $\chi^2 = 15,288$. Bei 5 Freiheitsgraden ist die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit $p_0 < 0,01$. D.h. es ergibt sich im Gegensatz zu den Männern, daß sich die Altersverteilung unserer Fälle von der aller von Frauen begangenen Suicidversuche in der BRD unterscheidet. Um das etwas deutlicher zu machen, werden die beiden Verteilungen einander graphisch gegenübergestellt in Abbildung 1.

Der hauptsächliche Unterschied zwischen den beiden Kurven findet sich in der Altersklasse 18 - 29 Jahre. Die Klinikselektion hat hier offenbar so gewirkt, daß prozentual mehr Patientinnen zwischen 18 und 29 Jahren nach einem Sui-

durchschnitt-
liche Zahl
der Fälle
pro Jahr

Abb. 1

--- unsere Fälle
— Bundeskriminal-
statistik, Zahlen
bezogen auf
unsere 2169 Fälle



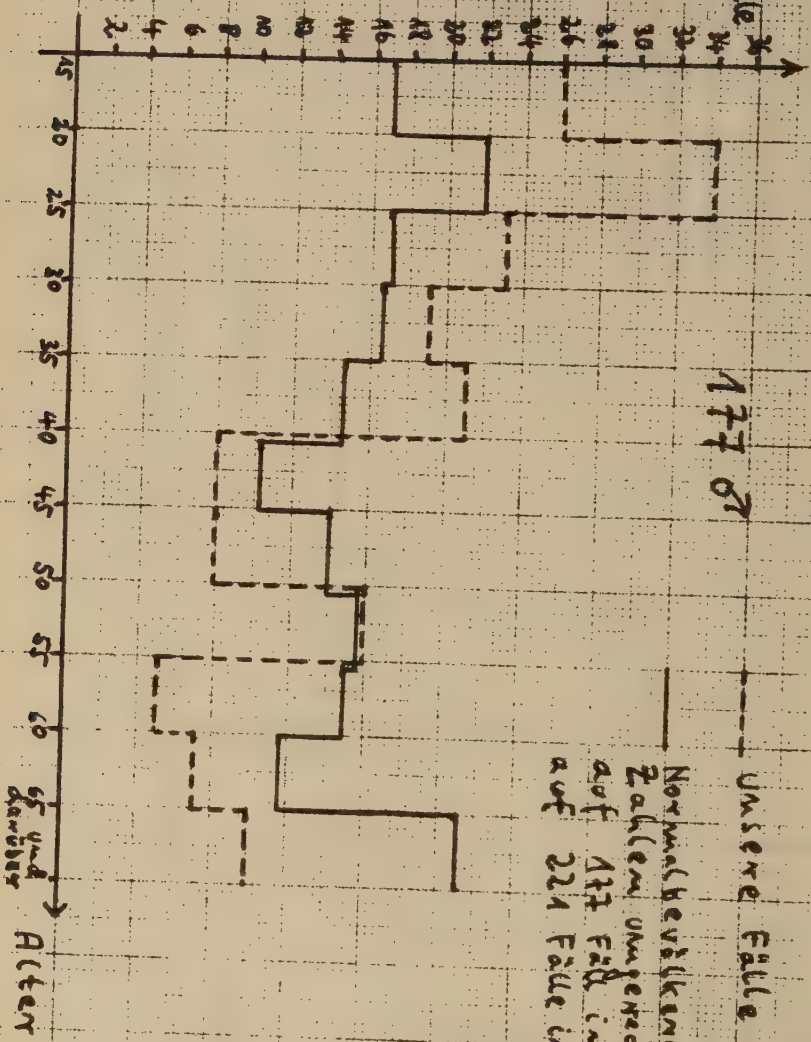
Zahl
der Fälle

177 ♂

unsere Fälle

Normalbevölkerung
Zahlen ungenügend
auf 177 Fälle in Abb. 2,
auf 224 Fälle in Abb. 3

Abb. 2



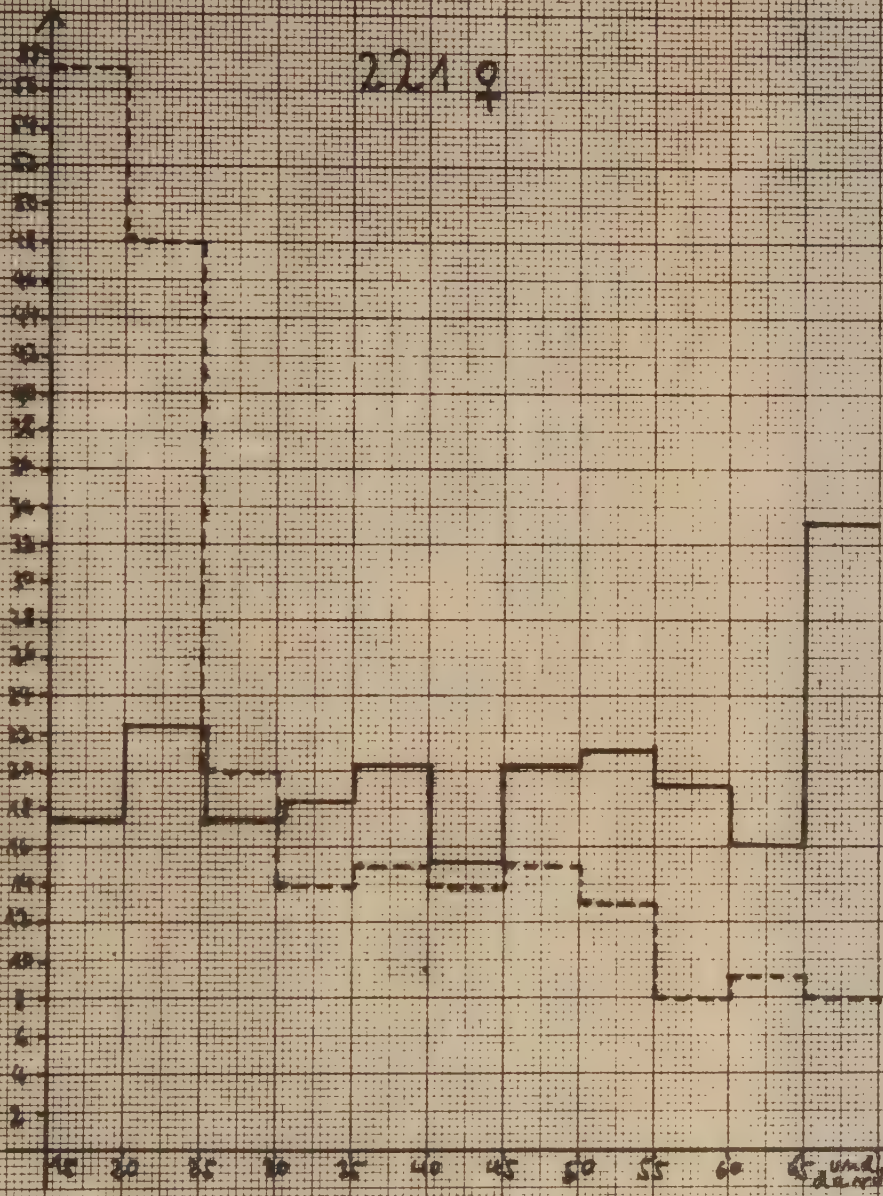
221 ♀

Zeit
in Tage



Alter und
Anzahl

Abb. 3



cidversuch in die Klinik eingewiesen wurden, als in der amtlichen Statistik nachgewiesen werden. Es ist denkbar, daß in dieser Altersklasse mehr Suicidversuche verübt werden, als der Polizei bekannt werden.

Es soll nun der Frage nachgegangen werden, ob sich die Altersverteilung unserer 400 Fälle von der der Normalbevölkerung unterscheidet. Daraus ließe sich eventuell ein besonderes für suicidale Handlungen prädisponierendes Alter ableiten. Diese Untersuchung gilt für Suicide und Suicidversuche zusammen.

In Abbildung 2 ist die Altersverteilung der männlichen Normalbevölkerung¹⁾, umgerechnet auf 177 Fälle, unseren 177 Fällen gegenübergestellt.²⁾ Zwischen 15 und 40 Jahren sind die suicidalen Handlungen deutlich häufiger, als es der Verteilung der Normalbevölkerung in diesen Jahrgängen entspricht. Dieses Ergebnis ist so augenfällig, daß es keines statistischen Tests bedarf.

In gleicher Weise ist in der Abbildung 3 die Altersverteilung der weiblichen Normalbevölkerung¹⁾, umgerechnet auf 221 Fälle, den eigenen 221 Fällen gegenübergestellt. Auch hier ergibt sich ein deutlicher Altersgipfel der suicidalen Handlungen zwischen 15 und 30 Jahren. Dieser Gipfel ist aber schmaler als bei den Männern. Auffällig ist weiter, daß unter den älteren Jahrgängen optisch weniger suicidale Handlungen vorkommen, als es der Verteilung der Normalbevölkerung entspricht.

Die den Abbildungen 2 und 3 zugrunde liegenden Zahlen sind in Tabelle 4 wiedergegeben.

1) Zahlen aus: Statistisches Jahrbuch für die BRD 1962, S.47.

2) In der Altersklasse unter 15 Jahren hatten wir nur 2 männliche Fälle und keinen weiblichen Fall. Diese Altersklasse wurde deshalb in den Abbildungen 2 und 3 nicht berücksichtigt.

Altersgruppen	Männer		Frauen	
	Zahl unserer Fälle absolut	Normalbevölkerung ab 15 Jahre, bezogen auf 177	Zahl unserer Fälle absolut	Normalbevölkerung ab 15 Jahre bezogen auf 221
≤ 14	2	-	0	-
15-19	26	17,2	57	17,5
20-24	34	22,2	48	22,4
25-29	23	17,4	20	17,5
30-34	19	16,9	14	18,2
35-39	21	14,4	15	20,4
40-44	8	10,3	14	14,9
45-49	8	14,2	15	20,2
50-54	16	15,8	13	21,0
55-59	5	15,4	8	18,9
60-64	7	11,7	9	16,1
≥ 65	10	21,0	8	33,2
	179	176,5	221	220,3

Tabelle 4

3.

Geschlechterverteilung

Von unseren 400 Fällen waren:

221 = 55,25 % weiblich

179 = 44,75 % männlich

Man kann die Frage stellen, ob diese beobachteten Häufigkeiten mehr als zufällig von einem Erwartungswert abweichen. Man kann annehmen, daß etwa 50% Männer und 50% Frauen zu erwarten wären. Dabei wird freilich die Altersverteilung unserer Fälle nicht berücksichtigt. Das geeignete Verfahren zur Überprüfung der Hypothese ist der Binominaltest. (Siehe Kapitel über statistische Methoden.) Nach Formel 3 (S.53) errechnet sich $z = 2,05$. Die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit $0,05 > p_0 > 0,01$. D.h. es kommen statistisch auffällig mehr Frauen als Männer in unserem Beobachtungsgut vor. Das Ergebnis ist nicht signifikant.

Wenn man berücksichtigt, daß die 400 Fälle aus 389 Suicidversuchen und nur 11 Suiciden bestehen, so ist der männliche Anteil im Vergleich zu anderen Autoren erstaunlich hoch. K.H.PARNITZKE gibt für die Suicidversuche seiner Fälle einen weiblichen Anteil von 66% an, während die Zahl für Männer bei 34% liegt.¹⁾ Bei P.FEUELL sind es nur 224 Männer, dagegen 78% Frauen.²⁾

Vergleicht man die entsprechenden Zahlen einer größeren Anzahl von Autoren, so bestätigt sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, immer wieder die bekannte Tatsache, daß die Suicidversuche von Frauen mehr als von Männern begangen werden, während die Suicide bei Männern überwiegen. Bei unseren 11 Suiciden ist das Verhältnis männlich zu weiblich dementsprechend 6: 5.

E.STENGEL gibt für eine Reihe von Autoren die folgenden Zahlen für das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Selbstmordversuchen an:³⁾

DONALIES	1	:	1,35
G.SCHMIDT	2,8	:	4,4
LENDRUM	3,6	:	6,3
HOPKINS	6	:	5
SIEVERS und DAVIDOFF	6,1	:	8,9
DAHLGREN	10	:	9,9
RINGEL	2,9	:	4,5 (erste Serie) und 4,2 : 4,5 (zweite Serie)
P.B.SCHNEIDER	1,9	:	1,7
SCHMIDT u.a.	4,8	:	10
ETTLINGER u.FLORDH	2	:	2,5

Bei sieben Autoren überwiegt der weibliche Anteil, während nur drei Autoren mehr männliche als weibliche Suicidversuche fanden.

1) K.H.PARNITZKE, a.a.O., S.403.

2) P.FEUELL, a.a.O., S.148.

3) E.STENGEL, a.a.O., S.63. Die Tabelle hätte an Übersichtlichkeit gewonnen, wenn die Verhältniszahlen alle auf 1 bezogen worden wären.

Familienstand

Aus 398 unserer Fälle ergaben sich folgende Prozentzahlen für den Familienstand:

verheiratet	43,7 %	43,71%
ledig	43,9 %	56,3 %
geschieden	6,8 %	
verwitwet	5,6 %	

Tabelle 5

Die Zahl für die Ledigen, Geschiedenen und Verwitweten zusammen liegt mit 56,3% deutlich höher als die für die Verheirateten mit 43,7%. Wenn auch in einer Vielzahl von Fällen gerade Ehekonflikte zu Suicidversuchen führen, so scheinen die Alleinstehenden dennoch selbstmordgefährdeter zu sein. Diese Frage soll anhand unseres Materials überprüft werden.

Den Verheirateten werden die Alleinstehenden gegenübergestellt, wobei nach Männern und Frauen getrennt wird.

Man könnte nun einfach den Prozentsatz unserer verheirateten Fälle nach Männern und Frauen getrennt mit dem Prozentsatz der Verheirateten in der Normalbevölkerung vergleichen. Dabei bliebe jedoch unberücksichtigt, daß das durchschnittliche Alter unserer Fälle niedriger ist als das der Normalbevölkerung, so daß schon deshalb weniger Verheiratete unter unseren Fällen zu erwarten sind. Um diese Fehlerquelle auszuschalten, wurde in folgender Weise vorgegangen.

Zu jeder Altersgruppe wurde aus dem Prozentsatz der Verheirateten der Normalbevölkerung und der Anzahl unserer Fälle dieser Altersgruppe der zugehörige Erwartungswert berechnet. Diese Erwartungswerte der Altersgruppen wurden summiert, s. Tabellen 6 und 7. Es wären demnach 101,7 verheiratete Männer von den 177 männlichen Fällen (bei zwei der 179 männlichen Fälle war der Familienstand unbekannt) zu erwarten, d.h. 57,4%. Tatsächlich waren aber nur 80 Männer verheiratet. Die Frage, ob diese Abweichung auf Zufall beruht, wird mit dem Binomialtest überprüft (siehe Kapitel über statistische Methoden). Die Wahrscheinlichkeit für "verheiratet" ist $p = 0,574$. Nach Formel 3 (S.53) errechnet sich $z = -3,377$. Die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit $p_0 < 0,0008$. Dieses Ergebnis ist signifikant, d.h. man

kann mit großer Sicherheit behaupten, daß weniger Männer unter unseren Fällen verheiratet sind als in einer entsprechenden Normalbevölkerung. Es kann also bestätigt werden, daß die Ehe für Männer einen selbstmordschützenden Faktor darstellt.

In genau der gleichen Weise wurde die Berechnung für die Frauen durchgeführt. Dabei ergab sich $z = - 1,548$. Dieses Ergebnis ist gerade oberhalb der Grenze der statistischen Auffälligkeit, die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit $p_0 > 0,06$.

Altersgruppen	% verheiratet der Normalbevölkerung	Gesamtzahl der Fälle d. Altersgruppe	davon verheiratet (Beobachtungswerte)	Erwartungswerte
≤ 14	0	2	0	0
15-19	0,3	26	0	0,078
20-24	17,7	34	7	6,018
25-29	61,9	23	11	14,237
30-34	85,7	19	14	16,283
35-39	91,6	20	11	18,320
40-44	93,1	8	5	7,448
45-49	92,7	8	7	7,436
50-54	91,9	16	13	14,704
55-59	90,4	5	3	4,520
60-64	88,5	7	4	6,195
≥ 65	71,7	9	5	6,453
		177	80	101,692

Tabelle 6: Verheiratete Männer im Vergleich zur Normalbevölkerung.¹⁾

1) Vergleichszahlen aus: Statistisches Jahrbuch für die BRD 1962, S.47.

Alters- gruppen	% verheiratet der Normal- bevölkerung	Gesamtzahl der Fälle der Alters- gruppe	davon verheiratet (Beobachtungs- werte)	Erwartungs- werte
< 14	0	0	0	0
15-19	3,8	57	4	2,166
20-24	41,2	48	19	19,776
25-29	76,4	20	13	15,280
30-34	84,7	14	8	11,858
35-39	82,0	15	8	12,300
40-44	77,1	14	10	10,794
45-49	71,9	15	11	10,785
50-54	69,2	13	6	8,996
55-59	65,0	8	5	5,200
60-64	57,1	9	6	5,139
≥ 65	33,7	8	4	2,696
		221	94	104,990

Tabelle 7: Verheiratete Frauen im Vergleich zur Normalbevölkerung.¹⁾

Man kann auf Grund der vorliegenden Zahlen für die Frauen also nicht mit Sicherheit behaupten, daß die Ehe ein selbstmordschützender Faktor ist.

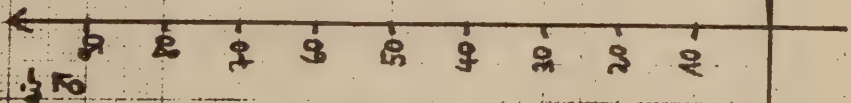
Um diese Ergebnisse etwas zu veranschaulichen, werden in den Abbildungen 4 und 5 die Prozentwerte der Verheirateten unter unseren Fällen mit denen der Normalbevölkerung verglichen. Für die Männer liegt der Prozentsatz der Verheirateten praktisch immer unterhalb der Kurve für die Normalbevölkerung. Bei den Frauen ist dies nicht so deutlich der Fall.

Wenn man die Zahlen, die E.RINGEL über den Familienstand seiner Fälle angibt, addiert, so ist das Verhältnis verheiratet zu alleinstehend für Männer 133 : 136, für Frauen 157 : 224.²⁾ Vergleichende Schlüsse könnten hieraus jedoch nur unter Berücksichtigung der Altersverteilung gezogen werden.

1) Vergleichszahlen aus: Statistisches Jahrbuch für die BRD 1962, S.47.

2) Zahlen umgerechnet nach E.RINGEL, a.a.O., S.37.

Überhö-
rungs-
wert



unserer Fälle
Normale Öl Kerne

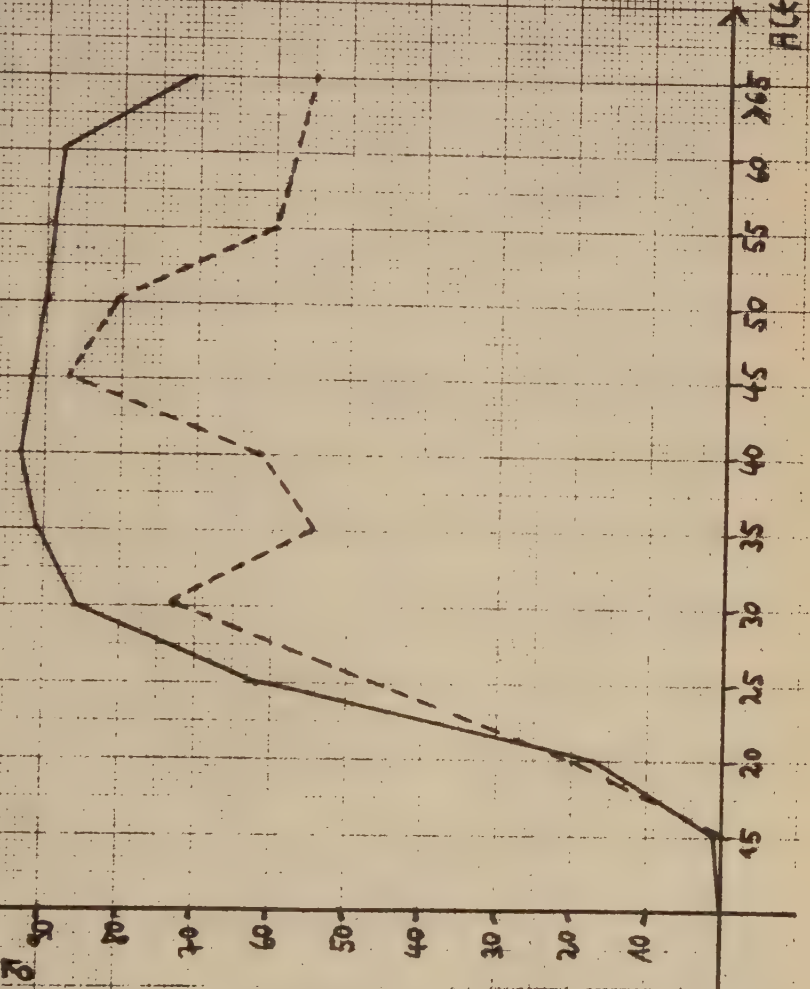
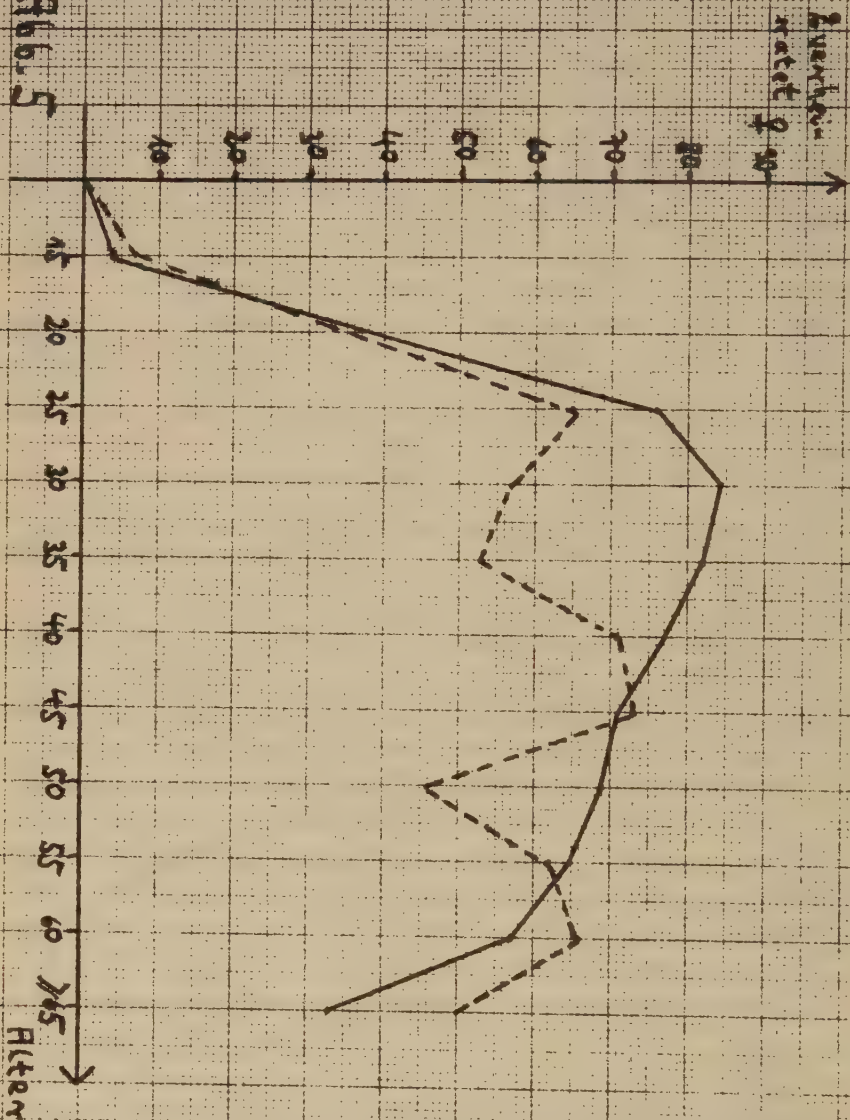


Abb. 4

Fig. 6.5



5.

Bildungsgrad und Beruf

Die getrennte Aufgliederung unserer Fälle nach Bildungsgrad und Beruf ergibt die in den beiden folgenden Tabellen wiedergegebenen Werte. Tabelle 8 gilt für 391 Fälle, Tabelle 9 für 383 Fälle.

Abitur	
ohne oder mit abgeschlossenem oder noch andauerndem Hochschulstudium, noch andauernder Besuch der höheren Schule	6,9 %
Mittlere Reife oder Mittelschule	7,4 %
Volksschule	85,7 %

Tabelle 8

Das Institut für Demoskopie ermittelte in den Jahren 1947 bis 1955 für die erwachsene Bevölkerung der BRD (mit West-Berlin) folgende Daten für den Bildungsgrad:¹⁾

Abitur	4 %
Mittlere Reife	12 %
Volksschulabschluß	84 %

Akademische Berufe und Studenten	3,1 %
Volksschullehrer, Dolmetscher oder andere	
Abitur voraussetzende Berufe	3,9 %
Mittlerer Beamter oder Angestellter, Kaufmann, Ingenieur	19,3 %
Hausfrau	18,8 %
Arbeiter, Landwirt, Handwerker, Vertreter, Verkäuferin	38,9 %
Hilfsarbeiter, Putzfrau, Serviererin und Berufslose	15,9 %

Tabelle 9

1) Zahlen aus: E. NOELLE und E.P. NEUMANN, Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1947-1955, S.4.

Bei den Rentnern unter unseren Fällen ist der frühere Beruf angegeben. Ein Vergleich mit den Basiszahlen der Bevölkerung konnte daher nicht durchgeführt werden.

Unsere Zahlen dürften ungefähr den Zahlen für die Gesamtbevölkerung entsprechen, so daß sich Aussagen über eine besondere Selbstmordhäufung in bestimmten sozialen Schichten daraus nicht ableiten lassen. Man möchte annehmen, daß die in einfachen Schichten oder bei Rentnern mehr verbreitete materielle Not die Zahlen in eine solche Richtung lenken könnte, doch zeigt die in einem besonderen Abschnitt bearbeitete Motivstatistik, daß Suicidversuche aus materieller Not auch bei den Rentnern unter unseren Fällen heute und hier sehr selten sind. Ganz anders wird das Bild dagegen, wenn man die Zahlen vergleicht, die K.H.PARNITZKE für 506 Suicidfälle mitteilt: ¹⁾

Rentner und Invaliden	186
Arbeiter	137
Angestellte	68
Intelligenz	4
Künstler	3
Studenten	3
Schüler	6
Bauern	3

Es fällt sofort der hohe Wert für Rentner und Invaliden auf, doch muß berücksichtigt werden, daß die Werte von PARNITZKE für Magdeburg in den fünfziger Jahren ermittelt wurden. Hier mag materielle Not eine größere Rolle gespielt haben als bei unseren Fällen. Der scheinbare Widerspruch zwischen seinen und unseren Zahlen erklärt sich aus den besonderen wirtschaftlichen Umständen.

Dementsprechend stimmen die Zahlen von E.RINGEL für 269 männliche Suicidanten eher mit den unsrigen überein: ²⁾

1) K.H.PARNITZKE, a.a.O., S.403.

2) E.RINGEL, a.a.O., S.57.

Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter	83
Beamte und Angestellte	36
Gehilfen und Lehrlinge	33
Pensionisten und Rentner	32
Spezialarbeiter	27
Selbständig Erwerbende	21
Handwerksmeister	12
Nachtberufe (ständiger Nachtdienst)	10
Akademiker	6
Studenten	3
Landwirte	3
Ohne Berufe	3

Insgesamt möchten wir unseren Zahlen entnehmen, daß der Suicidversuch unter normalen äußeren Verhältnissen eine Reaktionsform darstellt, die keine besondere Häufung in bestimmten sozialen Schichten aufweist.

6.

Mittel

Die von unseren 400 Fällen für die Suicidversuche und Suicide benutzten Mittel sind in der nachfolgenden Tabelle 10 aufgeführt. Bei der getrennt hiervon erfolgenden Beschreibung der 11 Suicide werden die dabei angewandten Mittel gesondert erwähnt und mit dieser Tabelle 10 verglichen.

Mittel	Männer		Frauen	
	absolut	% von 179	absolut	% von 221
Tabletten oder medikamentöse Lösungen	102	56,9	174	78,7
Leuchtgas	12	6,7	13	5,8
Schnittverletzungen an Unterarm, Hals oder Rumpf	17	9,4	6	2,7
Chemikalien wie Säuren, Rattengift, Pflanzenschutzmittel	9	5,0	7	3,1
Strangulation	8	4,4	2	0,9
Sprung vor Zug oder Auto oder aus Fenster, Autounfall	5	2,7	2	0,9
Sprung ins Wasser	4	2,2	3	1,3
Spirituosen in großen Mengen oder Franzbranntwein	3	1,6	0	0
Elektrizität	1	0,5	0	0
Kombinationen dieser Mittel	18	10,0	14	6,3

Tabelle 10

An typischen Kombinationen dieser Mittel waren vorhanden:

- Kombination verschiedener Tabletten oder medikamentöser Lösungen.
- Tabletten und Schnittverletzungen.
- Tabletten und Leuchtgas.
- Tabletten und Chemikalien.
- Tabletten und Sprung vor Zug oder von Brücke.
- Tabletten und große Mengen Alkohol.
- Leuchtgas und Chemikalien.
- Leuchtgas und Schnittverletzungen.

Diese Angaben sind nach der Häufigkeit geordnet.

Eine sehr seltene Methode wählte eine 38-jährige Buffethilfe. Als sie nach Dienstscluß von ihrem Ehemann nicht, wie sonst, abgeholt wurde, rief sie diesen an und entnahm seinen Äußerungen, daß er bei sich zu Hause Damen-

besuch habe. Sie fuhr darauf in suicidalen Absicht mit ihrem Auto einen steilen Abhang hinunter, kam aber, obwohl das Auto sich überschlug, mit leichten äußeren Verletzungen davon.

Bei Betrachtung unserer Tabelle 10 fällt der außerordentlich hohe Anteil der Suicidversuche mit Tabletten oder medikamentösen Lösungen auf. Bei längere Zeit im voraus geplanten Suicidversuchen sind dies in der Regel die verschiedenen, rezeptfrei erhältlichen Sedativa oder Hypnotika, bei den einem plötzlichen Affekt entspringenden Versuchen wurden dagegen wahllos die Tabletten eingenommen, die gerade zur Hand waren, seien es nun Analgetika, Sedativa, hustenstillende Mittel, Chinin, Cardiazol u.dgl. Bei Laien scheint die Meinung zu bestehen, daß jedes Medikament, wenn man es nur entsprechend überdosierte, bei einem Suicidversuch den erwünschten Erfolg bringt. Für die demonstrativen Suicidversuche dürfte das wohl auch zutreffen.

Zweifelloos ist die Wahl der Mittel von äußeren Faktoren abhängenden Wandlungen unterworfen. Wenn Medikamente schwierig zu beschaffen sind, begnügt man sich mit den "veralteten" Methoden. So berichtet E.RINGEL von 1320 Fällen in Wien aus dem Jahre 1949, von denen 679, also mehr als 50%, Leuchtgas benutzten. Man vergleiche damit die niedrige Zahl in unserer Tabelle 10. Weit darunter lag der Gebrauch von "Gift" in 308 Fällen.¹⁾

K.H.PARNITZKE gibt für Magdeburg aus den Jahren 1954-1959 an, daß bei den Suiciden das Erhängen mit 234 Fällen das häufigste Mittel war - man vergleiche unsere 2,5% -, es folgt Leuchtgas mit 171 Fällen, Schlafmittel und Gifte mit 41 Fällen, Ertränken 28 Fälle, Sturz in die Tiefe 21 Fälle. Bei den Suicidversuchen standen Schlafmittel und Gifte mit 284 Fällen an der Spitze, es folgt aber Leuchtgas mit 162 Fällen.²⁾

Erwähnt sei noch, daß die bekannte Erscheinung, daß Männer die "aktiveren", Frauen die "passiveren" Mittel bevorzugen, auch für unsere Fälle gilt. Besonders die Schnittverletzungen, oft an den Handgelenken bei dem meist nicht gelungenen Versuch, die Pulsadern zu durchschneiden, fanden sich deutlich gehäuft bei Männern.

Auch die in Tabelle 11 wiedergegebenen Zahlen der Bundeskriminalstatistik³⁾ ergeben, allerdings für ein bedeutend größeres Material als das unsere, im wesentlichen die gleichen Resultate. Die Vergiftungen überwiegen,

1) E.RINGEL, a.a.O., S.9.

2) K.H.PARNITZKE, a.a.O., S.400.

3) Zahlen aus: Polizeiliche Kriminalstatistik der BRD 1960, S.105.

bei den Frauen aber in noch stärkerem Maße. Die Männer bevorzugen die aktiveren Methoden. In der Tabelle 11 sind nur die Selbstmordversuche berücksichtigt.

Männer			Frauen	
Fälle	%	Begehungsarten	Fälle	%
749	12,8	Leuchtgasvergiftung	828	12,7
2717	46,5	Andere Arten der Vergiftung	4211	64,8
505	8,6	Erhängen, Erdrosseln	140	2,2
190	3,3	Ertränken	305	4,7
73	1,2	Erschießen	14	0,2
155	2,7	Überfahrenlassen	127	2,0
147	2,5	Sturz aus der Höhe	200	3,1
1260	21,6	Verletzung durch Schnitt od. Stich	628	9,7
48	0,8	Andere Arten	38	0,6
2	0	Selbstmordversuchsart unbekannt	1	0
5846	100,0		6492	100,0

Tabelle 11

7.

Besondere Aspekte bei Suiciden und Suicidversuchen

Unter unseren 400 Fällen befinden sich 11 Suicide, das sind nur 2,75%. Dieser außerordentlich niedrige Wert dürfte durch drei Faktoren bedingt sein:

- Ein großer Anteil der Versuche war unernsthaft, die gewählten Mittel daher mit Absicht wenig gefährlich.
- Die Patienten waren zumeist noch jung und überstanden daher auch noch schwerste Intoxikationen bei entsprechender Therapie.
- Es erfolgte in der Regel eine sehr rasche Einweisung in eine Klinik mit allen üblichen therapeutischen Möglichkeiten.

Das Durchschnittsalter der 11 Suicide liegt, wie bereits erwähnt, bei 60 Jahren. Es sind 6 männliche und 5 weibliche Fälle. 6 waren verheiratet, die übrigen alleinstehend. 4 waren Hausfrauen, 3 Rentner, 3 Arbeiter und eine Frau war Angestellte. Bei den Mitteln überwogen deutlich die aktiveren, ge-

fährlicheren, wie Strangulation, Sprung von Brücke, Salzsäure, Essigessenz, E 605 und Leuchtgas. Nur in 4 Fällen wurden Tabletten eingenommen. Der Vergleich mit Tabelle 10 zeigt deutliche Unterschiede. Es muß deshalb angenommen werden, daß die Wahl der gefährlicheren Mittel mit der Möglichkeit weitgehend irreversibler Schädigungen - Salzsäure, E 605 u.dgl. - im Einklang steht mit dem ernsthafteren Todeswunsch. Man geht deshalb wohl nicht fehl in der Annahme, daß eine brauchbare Weise, die Ernsthaftigkeit eines Suicidversuches zu beurteilen, darin besteht, das angewandte Mittel und die Vorstellung des Patienten von dessen Gefährlichkeit zu prüfen. Angaben, die der Patient selbst über die Ernsthaftigkeit seines Versuches macht, sind nicht immer zuverlässig, da sie sich im Verlauf mehrerer Tage oft widersprechen, nicht zuletzt in Abhängigkeit von der nach dem Suicidversuch erfolgenden oder nicht erfolgenden Bereinigung akuter Konflikte.

Eine weitere Möglichkeit für ein solches objektives Urteil liegt in der Betrachtung der Wahl der Mittel bei Fällen von rezidivierendem Suicidversuch.

Zunächst sei in der nachfolgenden Tabelle eine Zusammenstellung über die Häufigkeit des rezidivierenden Suicidversuches bei unseren 400 Fällen gegeben.

Zahl der Suicidversuche pro Patient	absolute Zahl von 400 Fällen	% von 400 Fällen
1	322	80,50 %
2	51	12,75 %
3	12	3,00 %
4	5	1,25 %
5	1	0,25 %
6 und mehr	9	2,25 %

Tabelle 12

Bei 19,5% unserer Fälle wurden vor dem zur Klinikeinweisung führenden Suicidversuch bereits ein oder mehrere Versuche unternommen. Bei 80,5% war der zur Einweisung führende Versuch der erste.

Unter den 100 Patienten, die wir selbst explorierten, befinden sich 27 Fälle von rezidivierendem Suicidversuch, darunter ein Suicid. Bei diesen gingen wir der Frage der Dosissteigerung bzw. der Gefährlichkeit der Mittel bei ihren wiederholten Versuchen nach und kamen zu den folgenden Ergebnissen.

Es lassen sich 4 Verhaltensgruppen bilden:

- Die Gefährlichkeit der gewählten Mittel, d.h. bei Tabletten die Dosis, nahm in 7 Fällen von Versuch zu Versuch zu.
- Die Gefährlichkeit der Mittel war in 9 Fällen von Versuch zu Versuch gleichbleibend hoch.
- Die Gefährlichkeit der Mittel nahm in zwei Fällen von Versuch zu Versuch ab.
- Die Gefährlichkeit der Mittel war in 9 Fällen von Versuch zu Versuch gleichbleibend gering.

In den beiden ersten Gruppen waren die Suicidversuche ernsthafter Natur, in den beiden letzten Gruppen handelt es sich vorwiegend um demonstrative Suicidversuche. Der einzige Suicid zählt zur ersten Gruppe.

Drei Fälle fielen besonders auf.

Die 26-jährige Serviererin Pierette S. wartete in ihrer Wohnung auf ihren Freund, fürchtete aber, er würde wegen einer vorangegangenen Auseinandersetzung vielleicht doch nicht kommen. Sie nahm zunächst zwei Tabletten eines Sedativums, dann später noch eine, nach kurzer Zeit weitere drei und nahm dann die restlichen vier Tabletten ein, als sie meinte, ihr Freund komme nicht mehr. Sie erklärte, sie habe das spannungsvolle Warten nicht ertragen können, habe sich zunächst mit den Tabletten nur beruhigen wollen und erst zuletzt habe sie an Selbstmord gedacht und deshalb die restlichen Tabletten zu sich genommen. Drei Wochen später beging sie einen zweiten Suicidversuch, indem sie nach dem vergeblichen Versuch, sich die Pulsadern zu öffnen, 20 Tabletten Veronal einnahm. In den Tagen vorher war die Trennung von ihrem Freund erfolgt. Als die Patientin Schallplatten, die der Freund ihr früher geschenkt hatte, abgespielt habe, seien alte Erinnerungen in ihr wach geworden. Aus einer traurigen Verstimmung heraus erfolgte dann der Suicidversuch.

Die 24-jährige Hausfrau Ursula W. ist verheiratet und geriet wegen einer einmaligen ehelichen Untreue in eine innere Konfliktsituation. Sie beging am nächsten Tag einen Suicidversuch mit 6 Schlaftabletten, einige Tage später einen weiteren mit 8 Tabletten, nach drei Wochen einen dritten mit 10 Tabletten und den vierten einen Tag später mit 24 Tabletten. In der Klinik teilt sie erst nach mehreren Tagen ihr Motiv mit und erklärt, sie wisse keinen anderen Ausweg als einen erneuten Suicidversuch. Alle Suicidversuche entsprangen nach den Angaben der Patientin derselben Problematik, nämlich der ihr unüberwindlich erschienenen Fassungslosigkeit vor dem eigenen, einmaligen Versagen.

Die 22-jährige Serviererin Christel R. nahm nach einer Liebesenttäuschung in suicidalen Absicht 18 Tabletten eines Analgetikums ein. Am nächsten Tag sei sie in einen Angstzustand geraten und verschiedenen Sinnestäuschungen ausgesetzt gewesen. Sie nahm darauf, nachdem sie einen Abschiedsbrief an ihre Eltern verfaßt hatte, 20 Schlaftabletten ein.

8.

Psychologische Motivstatistik

Bei 383 unserer Fälle lag eines der in der folgenden Tabelle zusammengestellten Motive für den Suicidversuch vor.

Reaktionen auf:	Familiäre Konflikte, Streit mit Angehörigen oder Nachbarn	43,1 %
	Liebesenttäuschung, teilweise bei unerwünschter Gravidität	19,6 %
	Vitalitätseinbuße bei Krankheit oder Altersbeschwerden	8,1 %
	Vereinsamung bei Waisen, Ledigen, Verwitweten oder Geschiedenen	5,7 %
	Berufliche Schwierigkeiten, auch Versagen beim Studium	4,7 %
	Materielle Not bei Verschuldung oder Wohnungsnot	3,1 %
Konflikte bei Psychopathie in Form von:	Willensschwäche, teilweise mit chronischem Alkoholismus	8,4 %
	Selbstunsicherheit	3,9 %
	Paranoische Haltungen	3,4 %

Tabelle 13

Die Tabelle wurde gewonnen, indem aus den Motiven der einzelnen Fälle die angegebenen Gruppen nachträglich gebildet wurden. Die Zahlen geben

die prozentuale Häufigkeit wieder. Zu einigen dieser Motive ist im typologischen Teil Näheres ausgeführt.

Ganz ähnliche Werte ermittelte P.FEUDELL. Er gibt für seine 700 Fälle von Suicidversuchen die folgende Motivaufgliederung an:¹⁾

Liebeskummer, Ehekonflikte:	68 %
Krankheit und Schmerzen:	10 %
Not, wirtschaftliche Sorgen:	9 %
Milieukonflikte, Furcht vor Strafe, Scham, üble Nachrede:	13 %

Diese Werte und unsere Zahlen zeigen klar, daß in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen als Motiv angegeben werden. Es darf vermutet werden, daß ein Grund dafür, daß dieser Anteil in der Statistik so hoch in Erscheinung tritt, darin besteht, daß in vielen Fällen eigenes Versagen getarnt wird, während streitsüchtige Angehörige, untreue Geliebte, böse Nachbarn als "Schuldige" vorgeschoben werden.

Auch bei den vergleichbaren Zahlen von K.H.PARNITZKE stehen die Motive familiärer Streit, körperliche Krankheiten und Liebeskummer der Häufigkeit nach ebenso wie bei unseren Fällen an der Spitze.²⁾

Wir stellten für 393 unserer Fälle eine Aufgliederung der Häufigkeitsverteilung bestimmter Motivgruppen in bestimmten Lebensabschnitten an. Die Zahlen sind absolute Werte. Die Tabelle stellt nur einen Versuch dar. Dadurch, daß in der Spalte "Trauma im Bereich gefühlsmäßigen Erlebens" die Jugendlichen schon in der Definition genannt sind, überwiegen diese zum Teil schon definitionsgemäß. Aber trotzdem glauben wir, die folgenden Aussagen aus der Tabelle ableiten zu können.

1) P.FEUDELL, a.a.O., S.151.

2) K.H.PARNITZKE, a.a.O., S.399.

Motivgruppe:	Trauma im Bereich gefühlsmäßigen Erlebens bei Liebes- enttäuschung oder Kontaktstörung Ju- gendlicher im Elternhaus	Trauma im Bereich verstandesmä- ßigen Strebens und Erlebens in Beruf, Familie, Freundes- kreis und Hausge- meinschaft	Verlust elementarer Vitalität
Lebens- abschnitt			
Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre	<u>100</u>	74	0
Erwachsene in der Mitte des Lebens von 26-49 Jahren	14	<u>118</u>	13
Ältere Men- schen ab 50 Jahre	0	<u>52</u>	<u>22</u>

Tabelle 14

Bei Durchsicht der senkrechten Spalten stehen die Maxima und Minima an charakteristischer Stelle. Jede der drei Altersgruppen zeigt eine sie kennzeichnende Gefährdung durch Konflikte im Bereich einer der drei charakterologischen Schichten der Vitalität, des Gefühls und des Verstandes.

Während bei den Jugendlichen die vitalen Reserven noch so groß sind, daß suizidale Handlungen durch Reduzierung derselben unter unseren Fällen nicht vorhanden sind, beginnt diese Gefährdung bereits im mittleren Lebensalter und erreicht ihren Höhepunkt bei älteren Menschen. Dementsprechend steigt die Zahl der Fälle in der rechten Spalte unserer Tabelle von 0 über 13 auf 22 an.

Die nächsthöhere Schicht des Gefühls läßt ganz besonders bei Jugendlichen zwischen Pubertät und dem Erwachsenwerden oftmals Zügelung durch kritisches Denken und naturgemäß mangelhafte Lebenserfahrung vermissen. Es sind deshalb gerade die Jugendlichen, die sich von der Dynamik erstmals tief erlebter Gefühle treiben lassen und dabei in Sackgassen des Erlebens ge-

raten. Und so ist die Zahl der Suicidversuche wegen daraus erwachsender Konflikte erwartungsgemäß bei den Jugendlichen mit 100 Fällen am höchsten und fällt über 14 Fälle im mittleren Lebensalter auf 0 Fälle bei älteren Menschen ab.

Die Schicht des Verstandes ist die beherrschende in Führung und Gefährdung für das mittlere Lebensalter. In der entsprechenden senkrechten Spalte unserer Tabelle liegt deshalb auch das Maximum der durch Scheitern in diesem Bereich verursachten Suicidversuche mit 118 Fällen im mittleren Lebensalter, während die Beteiligung der Jugendlichen mit 74 Fällen und der älteren Menschen mit 52 Fällen deutlich geringer ist.

9.

Erläuterung der statistischen Methoden

Statistische Tests sind sehr wirksame Werkzeuge bei der Entscheidung der Frage, ob man eine bestimmte Hypothese annehmen oder verwerfen soll. Im allgemeinen wird die Fragestellung alternativ formuliert. Die sog. Nullhypothese besagt z.B., daß zwischen den Mittelwerten zweier Verteilungen kein ausreichender Unterschied besteht. Die Alternativhypothese besagt dann, daß zwischen den Mittelwerten ein Unterschied besteht. Man kann nun auf Grund des vorliegenden Materials entweder die Nullhypothese weiter beibehalten oder die Alternativhypothese annehmen. Bei einer solchen Entscheidung wird man sich in einem gewissen Prozentsatz der Fälle irren. Die Irrtumswahrscheinlichkeit bei der Annahme der Alternativhypothese wird im folgenden mit p_0 bezeichnet. Ist die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1%, d.h. $p_0 < 0,01$, so spricht man von einem signifikanten Ergebnis. Ist die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5%, aber größer als 1%, so nennt man das Ergebnis "statistisch auffällig".

Es sollen nun die statistischen Verfahren, die in dieser Arbeit angewandt wurden, etwas näher beschrieben werden.

1.) Der t-Test:

Zur Kennzeichnung einer Verteilung werden folgende Größen bestimmt:

$$\text{Mittelwert (1a): } \bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

Dabei ist n die Anzahl der Beobachtungen und x_i die der einzelnen Meßwerte.

Standardabweichung
der Einzelmessungen (1b):
$$s_x = \sqrt{\frac{1}{n-1} \cdot \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

Die Standardabweichung läßt erkennen, wie stark die Einzelwerte um den Mittelwert streuen. Sie wird zweckmäßigerweise nicht nach Formel 1b direkt berechnet, sondern in folgenden Schritten:

Man berechnet den Hilfwert
$$s_{xx} = \sum_{i=1}^n x_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^n x_i\right)^2}{n}$$

ferner die Varianz

$$s_x^2 = \frac{s_{xx}}{n-1}$$

und die Standardabweichung

$$s_x = \sqrt{\frac{s_{xx}}{n-1}}$$

Zu den unter 1 a und 1 b genannten Größen zur Kennzeichnung einer Verteilung wird als dritte noch bestimmt:

Standardabweichung
des Mittelwertes (1c):
$$s_{\bar{x}} = \frac{s_x}{\sqrt{n}}$$

Die Standardabweichung des Mittelwertes ermöglicht eine Schätzung des Bereiches, in dem der Mittelwert der Grundgesamtheit mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit liegt. Z.B. liegt bei einer Normalverteilung mit 99,73% Wahrscheinlichkeit der Durchschnittswert der Grundgesamtheit in dem Bereich

$$\bar{x} \pm 3 \cdot s_{\bar{x}}$$

Für den Vergleich zweier Mittelwerte läßt sich nun die Größe t errechnen:

(1d):
$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_{x_1 x_1} + s_{x_2 x_2}}{n_1 + n_2} \cdot \frac{(n_1 + n_2)}{n_1 \cdot n_2}}}$$

t folgt der sog. "Student"-Verteilung. In einer Tabelle kann man die zu einem t-Wert gehörige Irrtumswahrscheinlichkeit unter Berücksichtigung der Freiheitsgrade

$$f = n_1 + n_2 - 2$$

nachschlagen.

2.) Das χ^2 -Verfahren:

Mit dem χ^2 -Verfahren wird die Unabhängigkeit einzelner Merkmale voneinander untersucht. Dabei wird die Nullhypothese zugrunde gelegt, daß zwischen den "Zeilen" und "Spalten" kein Zusammenhang besteht. Auf Grund dieser Nullhypothese werden aus den Randsummen Erwartungswerte errechnet und mit dem χ^2 -Verfahren wird geprüft, ob die tatsächlich beobachteten Werte mehr als zufällig von diesen Erwartungswerten abweichen. Man nimmt im allgemeinen folgendes Schema an:¹⁾

n_{11}	n_{12}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{1j}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{1k}	$n_{1.}$
n_{21}	n_{22}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{2j}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{2k}	$n_{2.}$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
n_{i1}	n_{i2}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{ij}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{ik}	$n_{i.}$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$	$\cdot$
n_{l1}	n_{l2}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{lj}	$\cdot \cdot \cdot$	n_{lk}	$n_{l.}$
$n_{.1}$	$n_{.2}$	$\cdot \cdot \cdot$	$n_{.j}$	$\cdot \cdot \cdot$	$n_{.k}$	n

$n_{i.}$ sind die Zeilensummen, $n_{.j}$ die Spaltensummen. Bei den Anwendungen in dieser Arbeit lagen immer nur zwei Spalten vor. Die Erwartungswerte für die Unabhängigkeitshypothese errechnen sich zu

$$(2a) \quad E_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}$$

1) S.KOLLER in: RAUEN, Biochemisches Taschenbuch, Berlin 1956, S.1215.

Der Wert

$$(2b) \quad \chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

ist in einer Tabelle unter Berücksichtigung der sog. Freiheitsgrade

$$(2c) \quad f = (k - 1) (l - 1)$$

aufzusuchen und die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit kann abgelesen werden.

3.) Der Binomialtest:

Dieses Verfahren bezieht sich auf den Fall, daß nur zwei Ereignisse eintreten können, nämlich A oder B, etwa beim Ziehen einer Kugel aus einer Menge, die nur schwarze oder weiße Kugeln enthält. Die Wahrscheinlichkeit des einen Ereignisses A in der Grundgesamtheit sei mit p bezeichnet, die des Alternativerignisses B mit $q = 1 - p$. Man kann nun in einer Stichprobe die Häufigkeit des Auftretens von A bestimmen. Es wären eigentlich so viele Ereignisse A in der Stichprobe zu erwarten, wie der Wahrscheinlichkeit p in der Grundgesamtheit entspricht. Die tatsächlich beobachteten Häufigkeiten werden davon mehr oder weniger abweichen. Wenn die Stichprobe größer als $n = 25$ ist, ergibt sich ein Maß für die Abweichung vom Erwartungswert nach der Formel:¹⁾

$$(3) \quad z = \frac{|x - 0,5| - n \cdot p}{\sqrt{n \cdot p \cdot q}}$$

Dabei ist x = Anzahl des häufigeren der beiden Ereignisse
 n = Gesamtzahl der Beobachtungen

Die Größe z ist normalverteilt. Man kann daher in einer Tabelle der Normalverteilung die zu z gehörige Irrtumswahrscheinlichkeit ablesen.

1) S.SIEGEL: Nonparametric Statistics, New York 1956, S.41.

LITERATURVERZEICHNIS

- ANDICS, M.v.: Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens. Wien 1938.
- BAER, A.: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig 1901.
- BALÁS, J.v.: Menstruation und Selbstmord. Psychiatr.neurol.Wschr. 1936, 407.
- BAYREUTHER, W.: Selbstmord in der Nachkriegszeit. Arch.Psychiatr.Nervenkr. 195, 264 (1956).
- Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord. Arch. Psychiatr.Nervenkr. 199, 72 (1959).
- BERMANN, G.: Der Selbstmord als Rache. Mschr.Psychiatr.u.Neurol. 77, 297 (1930).
- BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. 10.Aufl. Berlin 1960.
- de BOOR, W.: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie der Selbstmorde und der Selbstbeschädigungen. Fortschr.d.Neurol.u.Psychiatr. 17, 483 (1949).
- BREMER, F.W.: Zur Vererbung der Selbstmordneigung. Arch.Psychiatr.Nervenkr. 73, 168 (1925).
- DONALIES, G.: Statistische Erhebungen an 3000 Fällen von vollendetem und versuchtem Selbstmord. Mschr.Psychiatr. 69, 380 (1928).
- DOTZAUER, G., GOEBELS, H., LEGEWIE, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Münch.Med.Wschr. 105, 973 (1963).
- DUBITSCHER, F.: Der Suicid unter besonderer Berücksichtigung versorgungsärztlicher Gesichtspunkte. Stuttgart 1957.
- FEUDEL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psychiatr.Neurol.med. Psychol. 4, 147 (1952).
- FRANKL, V.E.: Theorie und Therapie der Neurosen. Wien-Innsbruck 1956.
- GAUPP, R.: Über den Selbstmord. München 1910.
- GRUHLE, H.W.: Jugendselbstmord. Z.Kinderheilk. 45, 157 (1936).
- Selbstmord. Leipzig 1940.
- Selbstmord und Alter. Z.Altersforschung 3, 21 (1941).
- HEIMERTZHEIM, W.: Über den Selbstmord bei nichtpsychotischen Persönlichkeiten. Med.Diss. Köln (1933).
- HEYN, W.: Der Selbstmord als soziales Phänomen. Münch.Med.Wschr. 1955, 97.
- HOVE, H.: Das Schicksal geretteter Selbstmordpatienten. Ugeskr.Laeg. 1955, 645.
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 19.Aufl. Berlin 1948.
- Der sensitive Beziehungswahn. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1950.

- LANDSBERG, P.L.: Der Selbstmord als moralisches Problem. Hochland 39, 401 (1946/47).
- LEONHARD, K.: Psychologische Entwicklung zum Selbstmord. Z. Psychoth. med. Psychol. 9, 8 (1959).
- LERSCH, Ph.: Das Problem der Echtheit. Z. angew. Psychol. Charakterk. 48, 145 (1935).
- Aufbau der Person. 5. Aufl. München 1952.
- MEIXNER, K.: Selbstmord infolge körperlicher Schmerzen. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 12, 133 (1928).
- MENNINGER-LERCHENTHAL, E.: Das europäische Selbstmordproblem. Wien 1947.
- Selbstmordproblem und Psychohygiene. Wiener Beiträge z. Hygiene 4, 203 (1955).
- MORGENTHALER, W.: Letzte Aufzeichnungen von Selbstmördern. Bern 1945.
- MÜLLER-SUUR, H.: Psychopathie oder psychopathische Persönlichkeit? Z. psychische Hygiene 15, 14 (1942).
- Erlebnishintergrund und Persönlichkeitshaltung. Nervenarzt 25, 431 (1954).
- NOELLE, E. und NEUMANN, E.P.: Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1947-1955, Allensbach 1956.
- PARNITZKE, K.H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 13, 397 (1961).
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Auflösung des Hysteriebegriffes. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 78, 159 (1956).
- Abnorme Persönlichkeiten. Basel 1960.
 - Zur Psychologie und Psychopathologie der Blasiertheit. Jb. Psychol. Psychoth. 7, 55 (1960).
 - Probleme der Psychotherapie alternder Menschen. Basel-New York 1964.
- PFAHLER, G.: Vererbung als Schicksal. Eine Charakterkunde. Leipzig 1932.
- Polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland 1960.
- RAUEN: Biochemisches Taschenbuch. Berlin 1956.
- RINGEL, E.: Praktische Selbstmordprophylaxe. Wien. Beitr. Psychol., Psychiatr. u. Neurol. 1, 149 (1951).
- Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien 1953.
- ROST, H.: Bibliographie des Selbstmordes. Augsburg 1927.
- SCHMIDT, G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen. Nervenarzt 11, 353 (1938).

- SCHNEIDER, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 9. Aufl. Wien 1950.
- Klinische Psychopathologie. 5. Aufl. Stuttgart 1959.
- SCHWARZ, F.: Probleme des Selbstmordes. Bern 1946.
- SENN, A.: Analyse von 1000 Selbstmordfällen. Med. Diss. Berlin (1936).
- SHIMSHONY, Z.: Chronischer Alkoholismus und Selbstmord. Schweiz. med. Wschr. 1941, 1429.
- SIEGEL, S.: Nonparametric Statistics. New York 1956.
- SIMON, A.: Zur Frage des Selbstmordes bei Körperschäden. Ärztl. Sachverständg. Zt. 37, 85 (1931).
- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1962.
- STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Psychiatr. d. Gegenw. 3, 51 (1961).
- STOCKERT, F. G. v.: Beiträge zur Problematik des Selbstmordes. Jb. Psychol. Psychoth. 9, 285 (1962).
- UNGERN-STERMBERG, R.: Ursachen der Steigerung der Selbstmordhäufigkeit in Westeuropa während der letzten 100 Jahre. Berlin 1935.
- WEICHBRODT, R.: Der Selbstmord. Basel 1937.
- WELLEK, A.: Die Polarität im Aufbau des Charakters. 2. Aufl. Bern-München 1959.
- WEXBERG, E.: Zur Psychopathologie des Selbstmordes. Nervenarzt 1, 288 (1928).
- ZUMPE, L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. Z. Psychoth. med. Psychol. 9, 223 (1959).

LEBENS LAUF

Am 22. Dezember 1938 wurde ich in Osterholz-Scharmbeck bei Bremen geboren als Sohn des Kaufmanns Ludwig Baer und seiner Ehefrau Maria, geb. de Waal. Zu Beginn des Krieges zogen wir in die Fränkische Schweiz um. Dort besuchte ich vier Jahre lang die Volksschule und kam in Schweinfurt auf die Oberrealschule. Nach unserem Umzug nach Trier im Jahre 1952 besuchte ich den naturwissenschaftlich-mathematischen Zweig des Max-Planck-Gymnasiums in Trier bis zum Abitur im Februar 1959. Nach Ableistung des achtwöchigen Krankenpflegedienstes begann ich mit dem Studium der Medizin in Freiburg, bestand nach zwei Semestern das Vorphysikum und nach weiteren drei Semestern im Oktober 1961 das Physikum. Mein erstes klinisches Semester verbrachte ich ebenfalls noch in Freiburg. Während meines Studiums in Freiburg hatte ich verschiedene Funktionen innerhalb der studentischen Selbstverwaltung inne, zuletzt war ich 1. Vorsitzender des Allgemeinen Studentenausschusses im Wintersemester 1961/62. Im Sommersemester 1962 kam ich zur Fortsetzung meines Studiums nach Mainz, wo ich am 15.12. 1964 das medizinische Staatsexamen mit der Note "sehr gut" bestanden habe.

